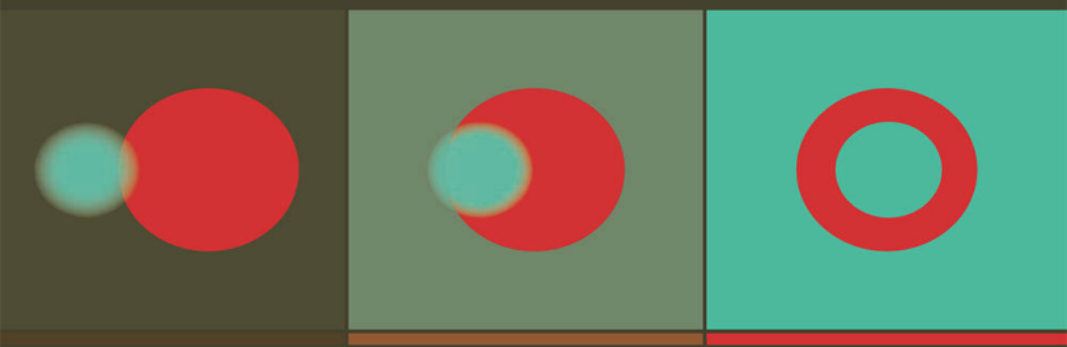
Judith S. Beck
Apresentação Aaron T. Beck

Terapia Cognitivo-Comportamental



Teoria e Prática

2ª Edição
do clássico da Terapia Cognitiva

artmed

DADOS DE ODINRIGHT

Sobre a obra:

A presente obra é disponibilizada pela equipe ***eLivros*** e seus diversos parceiros, com o objetivo de oferecer conteúdo para uso parcial em pesquisas e estudos acadêmicos, bem como o simples teste da qualidade da obra, com o fim exclusivo de compra futura.

É expressamente proibida e totalmente repudíavel a venda, aluguel, ou quaisquer uso comercial do presente conteúdo.

Sobre nós:

O ***eLivros*** e seus parceiros disponibilizam conteúdo de dominio publico e propriedade intelectual de forma totalmente gratuita, por acreditar que o conhecimento e a educação devem ser acessíveis e livres a toda e qualquer pessoa. Você pode encontrar mais obras em nosso site: ***eLivros***.

Como posso contribuir?

Você pode ajudar contribuindo de várias maneiras, enviando livros para gente postar ***Envie um livro*** ;)

Ou ainda podendo ajudar financeiramente a pagar custo de servidores e obras que compramos para postar, ***faça uma doação aqui*** :)

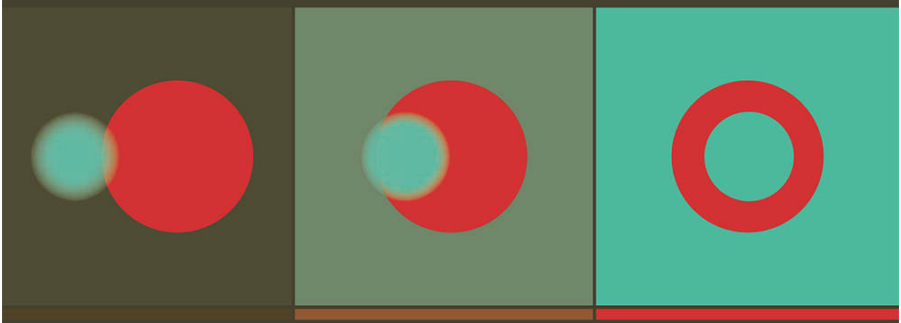
"Quando o mundo estiver unido na busca do conhecimento, e não mais lutando por dinheiro e poder, então nossa sociedade poderá enfim evoluir a um novo nível."

eLivros.love

Converted by ePubtoPDF

Judith S. Beck
Apresentação Aaron T. Beck

Terapia Cognitivo-Comportamental



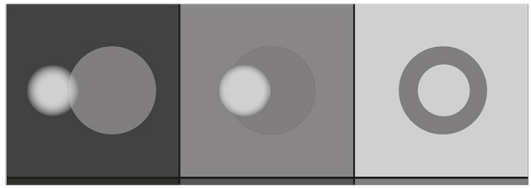
Teoria e Prática

2ª Edição
do clássico da Terapia Cognitiva

artmed

Judith S. Beck

Terapia Cognitivo-Comportamental



Teoria e Prática

2ª Edição

Tradução:

Sandra Mallmann da Rosa

Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição:

Paulo Knapp (Coordenação)
Psiquiatra. Formação em terapia cognitiva no Beck Institute, Filadélfi a. Membro fundador e primeiro Presidente da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Membro fundador e membro da Comissão de Credenciamento da Academy of Cognitive Therapy (ACT). Research Fellow sob orientação de Aaron Beck (2009-2011) na Universidade da Pensilvânia.

Elisabeth Meyer
Terapeuta cognitivo-comportamental com treinamento no Beck Institute, Filadélfia.
Mestre e Doutora em Psiquiatria pela UFRGS.

Versão impressa
desta obra: 2013

artmed

2014

Obra originalmente publicada sob o título Cognitive Behavior Therapy:
Basics and Beyond, 2nd Edition
ISBN 9781609185046

Copyright © 2011 Judith S. Beck
Published by The Guilford Press, a Division of Guilford Publications, Inc.

Gerente editorial:
Letícia Bispo de Lima

Colaboraram nesta edição

Coordenadora editorial:
Cláudia Bittencourt

Capa:
Maurício Pamplona

Preparação de originais:
Camila W. Heck

Editoração eletrônica:
Ledur Serviços Editoriais Ltda.

Produção digital:
Freitas Bastos

CÓPIA NÃO AUTORIZADA É CRIME
ABDR
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DIREITOS REPROGRÁFICOS
RESPEITE O DIREITO AUTORAL

B393t Beck, Judith S.
Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática [recurso eletrônico] / Judith S. Beck; tradução: Sandra Mallmann da Rosa; revisão técnica: Paulo Knapp, Elisabeth Meyer. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.
e-PUB

Editado também como livro impresso em 2013.
ISBN 978-85-8271-129-3
1. Psicoterapia. 2. Terapia cognitivo-comportamental.

I. Título.

615.851

Catalogação na publicação: Poliana Sanchez de Araujo – CRB 10/2094

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana
90040-340 – Porto Alegre, RS
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO
Av. Embaixador Macedo Soares, 10.735 – Pavilhão 5
Cond. Espace Center – Vila Anastácio
05095-035 – São Paulo, SP
Fone: (11) 3665-1100 Fax: (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444 – www.grupoa.com.br

AUTORA

Judith S. Beck, Ph.D., é Presidente do Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy (www.beckinstitute.org) e Professora Associada de Psicologia em Psiquiatria na University of Pennsylvania School of Medicine. Escreveu aproximadamente 100 artigos e capítulos, bem como vários livros dirigidos a profissionais e leigos, fez centenas de apresentações, nacional e internacionalmente, sobre temas relacionados à terapia cognitivo-comportamental e atua diretamente no desenvolvimento dos Inventários de Beck para Jovens e Personalidade: Questionário de Crenças. A Dra. Beck é membro fundador e ex-presidente da Academy of Cognitive Therapy.

Ao meu pai,
Aaron T. Beck, M.D.

Apresentação à Edição Brasileira

Dezesseis anos se passaram desde a publicação da primeira edição deste livro em língua portuguesa. Nesse período, as terapias cognitivo-comportamentais em geral, e a terapia cognitiva beckiana em especial, foram o modelo psicoterápico que mais evoluiu em seus aspectos clínicos, técnicos e de pesquisa.

A terapia cognitiva, uma das poucas formas de tratamento psicoterápico baseado em evidências, ao mesmo tempo em que manteve e consolidou seus princípios teóricos fundamentais, expandiu sua prática e abrangência. O interesse entre terapeutas na aplicação dessa abordagem psicoterápica aumentou muito, e proliferaram os protocolos de pesquisa, demonstrando sua eficácia em uma ampla variedade de transtornos mentais e distúrbios físicos.

Centros de tratamento e pesquisa foram criados em todos os continentes, e um número incontável de pacientes já foi tratado com esse modelo psicoterápico, criado por Aaron Beck no início dos anos de 1960.

Antes percebida como uma forma de terapia superficial, a terapia cognitiva é reconhecida hoje como um dos métodos preferenciais para o tratamento de transtornos psiquiátricos, mesmo nos casos mais severos, em que o paciente necessita de tratamento medicamentoso concomitante.

Judith Beck, filha e continuadora do legado de Beck, progrediu

muito como clínica, professora e supervisora desde a primeira edição deste livro. Quem teve a oportunidade de ver, presencialmente, o professor Beck e sua filha trabalhando com pacientes, percebe o quanto a abordagem sofisticou-se e como evoluíram as habilidades terapêuticas.

Isso está refletido neste livro de leitura fácil e agradável, que traz os fundamentos do modelo cognitivo-comportamental e suas técnicas, apresentados na edição original, incluindo inovações na teoria e na prática clínica.

A autora explica passo a passo os fundamentos da teoria e da prática, com narrativas das sessões e exemplos detalhados em vinhetas de diálogos terapêuticos que facilitam a compreensão e o domínio da técnica.

Os capítulos seguem uma sequência lógica desde a avaliação, o planejamento do tratamento e a conceitualização cognitiva inicial, passando pela estruturação das sessões e demonstrações práticas das principais estratégias cognitivas e comportamentais ao longo de todo o tratamento, sem descuidar do aprofundamento da discussão referente ao papel das emoções no tratamento e à relação terapêutica. Em todos os capítulos há uma seção "E se...", em que são apresentadas as principais questões e respostas relativas às dificuldades encontradas ao longo do tratamento. Além disso, vários formulários e escalas que enriquecem o trabalho terapêutico são oferecidos.

Um texto essencial da terapia cognitiva, já estabelecido como um clássico na literatura científica, esta segunda edição do livro de Judith Beck é um guia fundamental para estudantes e professores de terapia cognitiva que buscam uma forma agradável e clara de aprender e ensinar terapia cognitiva, bem como para terapeutas experientes que buscam aprimorar seus conhecimentos e práticas psicoterápicas.

Paulo Knapp
Membro fundador e primeiro Presidente da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Membro fundador e membro da Comissão de Credenciamento da Academy of Cognitive Therapy (ACT).

Apresentação

É com muita satisfação que constato que o sucesso da primeira edição de *Terapia cognitiva: teoria e prática* motivou o desenvolvimento desta edição revisada. Ela oferece aos leitores novos *insights* a essa abordagem de psicoterapia e, tenho certeza, será muito útil tanto àqueles que são versados em terapia cognitivo-comportamental como aos estudantes que estão ingressando nesse campo. Dada a tremenda quantidade de novas pesquisas e a expansão de ideias que continuam a mover o campo em estimulantes e novas direções, aplaudo os esforços de ampliação deste livro no sentido de incorporar algumas das diferentes formas de conceituação e tratamento de nossos pacientes.

Eu gostaria de levar o leitor de volta aos primeiros tempos da terapia cognitiva e ao desenvolvimento pelo qual ela passou desde então. Quando comecei a tratar pacientes com um conjunto de procedimentos terapêuticos que posteriormente denominei "terapia cognitiva" (e aos quais agora me refiro como "terapia cognitivo-comportamental"), não tinha ideia de até onde essa abordagem – que surgiu preponderantemente do meu treinamento psicanalítico – me levaria. Com base em minhas observações clínicas e em alguns experimentos e pesquisas clínicas sistemáticas, teorizei que havia um transtorno do pensamento no núcleo de síndromes psiquiátricas como a depressão e a ansiedade. O transtorno se refletia em uma

parcialidade sistemática na forma como os pacientes interpretavam determinadas experiências. Ao assinalar essas interpretações tendenciosas e propor alternativas – isto é, explicações mais prováveis –, descobri que podia produzir uma redução quase imediata dos sintomas. O treinamento dos pacientes nessas habilidades cognitivas ajudou a manter as melhoras. Essa convergência para os problemas do aqui e agora parecia produzir um alívio quase total dos sintomas em um período de 10 a 14 semanas. Ensaios clínicos posteriores, realizados pelo meu grupo e/ou outros clínicos e pesquisadores, apoiaram a eficácia dessa abordagem para transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e transtorno de pânico.

Na metade da década de 1980, eu já podia sustentar que a terapia cognitiva havia alcançado o *status* de um "sistema de psicoterapia". Ela consistia de (1) uma teoria da personalidade e da psicopatologia com achados empíricos consistentes para apoiar seus postulados básicos, (2) um modelo de psicoterapia, com um conjunto de princípios e estratégias que se combinavam com a teoria da psicopatologia e (3) achados empíricos consistentes baseados em estudos clínicos científicos para apoiar a eficácia dessa abordagem.

Desde aquele meu trabalho inicial, uma nova geração de terapeutas/pesquisadores/professores conduziu investigações básicas do modelo conceitual da psicopatologia e aplicou a terapia cognitivo-comportamental a um amplo espectro de transtornos psiquiátricos. As investigações sistemáticas exploram as dimensões cognitivas básicas da personalidade e os transtornos psiquiátricos, o processamento idiossincrático e a recordação das informações nesses transtornos, além da relação entre vulnerabilidade e estresse.

As aplicações da terapia cognitivo-comportamental a inúmeros transtornos psicológicos e médicos vão muito mais além do que eu poderia ter imaginado quando tratei os meus primeiros casos de depressão e ansiedade com terapia cognitiva. Com base em estudos científicos, investigadores de todo o mundo, mas particularmente dos Estados Unidos, demonstraram que a terapia cognitivo-comportamental é efetiva em condições tão diversas quanto o transtorno de estresse pós-traumático, o transtorno obsessivo-compulsivo, fobias de todos os tipos e transtornos da alimentação. Frequentemente em combinação com medicamentos, ela tem sido útil no tratamento do transtorno bipolar e da esquizofrenia. A terapia cognitiva também se mostrou benéfica para uma ampla variedade de distúrbios médicos crônicos, tais como lombalgia, colite, hipertensão e síndrome de fadiga crônica.

Com toda uma variedade de aplicações da terapia cognitivo-comportamental, como um iniciante pode começar a aprender os aspectos básicos dessa terapia? Como em um trecho de *Alice no País*

das Maravilhas: “Começar pelo começo”. Isso nos leva agora à questão do início desta apresentação. O propósito deste livro da Dra. Judith Beck, uma das primeiras terapeutas cognitivo-comportamentais da segunda geração (e que, quando adolescente, foi uma das primeiras a me ouvir expor minha nova teoria), é fornecer uma fundamentação sólida para a prática da terapia cognitivo-comportamental. Apesar do formidável leque de diferentes aplicações da terapia cognitivo-comportamental, todas elas estão baseadas nos princípios fundamentais descritos nesta obra. Mesmo os terapeutas cognitivo-comportamentais experientes deverão achar este livro muito útil para o aprimoramento de suas habilidades de conceituação, expansão do seu repertório de técnicas terapêuticas, planejamento mais efetivo do tratamento e solução de dificuldades na terapia.

É claro que nenhum livro pode substituir a supervisão em psicoterapia cognitivo-comportamental, mas esta é uma obra importante e pode ser complementada pela supervisão, a qual está prontamente disponível como parte integrante de uma rede de terapeutas cognitivos treinados (veja o Apêndice B).

A Dra. Judith Beck está eminentemente qualificada para oferecer este guia para a terapia cognitivo-comportamental. Durante os últimos 25 anos, realizou numerosos *workshops* e treinamentos em terapia cognitivo-comportamental, supervisionou terapeutas iniciantes e experientes, ajudou a desenvolver protocolos de tratamento para vários transtornos e participou ativamente de pesquisas sobre terapia cognitivo-comportamental. Com esse histórico, ela escreveu um livro com uma rica fonte de informações para a aplicação dessa terapia, cuja primeira edição foi o principal livro-texto de terapia cognitivo-comportamental na maioria dos programas de graduação em psicologia, psiquiatria, serviço social e aconselhamento.

A prática da terapia cognitivo-comportamental não é fácil. Tenho observado muitos participantes de ensaios clínicos, por exemplo, que conseguem trabalhar de maneira mecânica os “pensamentos automáticos”, sem que tenham um real entendimento das percepções que os pacientes têm do seu mundo ou qualquer compreensão do princípio do “empirismo colaborativo”. O propósito do livro da Dra. Judith Beck é educar, ensinar e treinar em terapia cognitivo-comportamental tanto o terapeuta iniciante quanto o experiente, e ela foi admiravelmente bem-sucedida nessa missão.

AARON T. BECK, M.D.
Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy
Department of Psychiatry, University of Pennsylvania

Prefácio

As duas últimas décadas foram uma época de muito entusiasmo no campo da terapia cognitiva. Com a explosão de novas pesquisas, a terapia cognitivo-comportamental se transformou no tratamento de escolha para muitos transtornos, não somente porque reduz rapidamente o sofrimento das pessoas e as encaminha para a remissão, como também porque as auxilia a permanecer bem. Uma missão central da nossa organização sem fins lucrativos, o Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, é oferecer treinamento de ponta a profissionais da saúde e da saúde mental na Filadélfia e por todo o mundo. Mas a exposição a esse tipo de psicoterapia por meio de *workshops* e vários programas de treinamento não é suficiente. Após já ter treinado milhares de pessoas nos últimos 25 anos, continuo a acreditar que as pessoas necessitam de um manual para ler se quiserem dominar a teoria, os princípios e a prática da terapia cognitivo-comportamental.

Este livro é dedicado a um público variado de profissionais da área da saúde e da saúde mental, desde aqueles que nunca estiveram expostos à terapia cognitivo-comportamental até os que são bastante experientes, mas desejam aperfeiçoar suas habilidades, incluindo como conceituar pacientes cognitivamente, planejar o tratamento, empregar uma variedade de técnicas, avaliar a eficácia do seu tratamento e detalhar os problemas que surgem em uma sessão. Para

apresentar o material da maneira mais simples possível, escolhi uma paciente (cujo nome e características de identificação foram alterados) para usar como exemplo ao longo de todo o livro. Sally é uma paciente ideal em muitos aspectos, e seu tratamento exemplifica claramente a terapia cognitivo-comportamental "padrão" para depressão não complicada, com episódio único. Embora o tratamento descrito seja para um caso simples de depressão com características ansiosas, as técnicas apresentadas também se aplicam a pacientes com uma grande variedade de problemas. São feitas referências a outros transtornos para que o leitor possa aprender a adaptar o tratamento apropriadamente.

A primeira edição deste livro foi publicada em mais de 20 línguas, e recebi *feedback* de todas as partes do mundo, muitos dos quais incorporei a esta nova edição. Incluí material novo sobre avaliação e ativação comportamental, a Escala de Classificação da Terapia Cognitiva (usada em muitas pesquisas e programas de treinamento para medir a competência do terapeuta) e um Relato Cognitivo de Caso (baseado no modelo fornecido pela Academy of Cognitive Therapy como pré-requisito para a certificação). Também dei maior ênfase à relação terapêutica, à descoberta guiada e ao questionamento socrático, evocando e usando os pontos fortes e os recursos dos pacientes e os exercícios de casa. Fui guiada pela minha prática clínica, ensino e supervisão, por pesquisas e publicações na área e por discussões com alunos e colegas, desde os iniciantes até os experientes, provenientes de muitos países diferentes, que se especializaram em vários aspectos da terapia cognitivo-comportamental e em muitos transtornos diferentes.

Este livro não poderia ter sido escrito sem o trabalho pioneiro do pai da terapia cognitiva, Aaron T. Beck, que também é meu pai e extraordinário cientista, teórico, profissional e pessoa. Também aprendi muito com cada supervisor, supervisionado e paciente com que trabalhei. Sou muito grata a todos eles.

JUDITH S. BECK, Ph.D.

Sumário

Capa

Folha de Rosto

Créditos

Autora

Dedicatória

Apresentação à Edição Brasileira

Apresentação

Prefácio

Capítulo 1. Introdução à Terapia Cognitivo-comportamental
- O que é terapia cognitivo-comportamental?
- Qual a teoria subjacente à terapia cognitivo-comportamental?
- O que dizem as pesquisas?
- Como foi desenvolvida a terapia cognitivo-comportamental de Beck?
- Quais os princípios básicos do tratamento?
- Como é uma sessão?
- O desenvolvimento de um terapeuta cognitivo-comportamental
- Como usar este livro

Capítulo 2. Visão Geral do Tratamento
Desenvolvendo a relação terapêutica
Planejando o tratamento e estruturando as sessões
Identificando e respondendo às cognições disfuncionais
Enfatizando o positivo
Facilitando a mudança cognitiva e comportamental entre as sessões (exercícios de casa)

Capítulo 3. Conceituação Cognitiva
O modelo cognitivo
Crenças
Relação entre comportamento e pensamentos automáticos

Capítulo 4. Sessão de Avaliação
Objetivos da sessão de avaliação
Estrutura da sessão de avaliação
Dando início à sessão de avaliação
A fase de avaliação
A parte final da avaliação
Envolvendo um familiar
Relatando as suas impressões
Definindo os objetivos iniciais para o tratamento e relatando o seu plano de tratamento
Expectativas do tratamento
Delineando uma conceituação cognitiva inicial e um plano de tratamento

Capítulo 5. Estrutura da Primeira Sessão
Objetivos e estrutura da sessão inicial
Definindo a pauta
Fazendo a verificação do humor
Obtendo uma atualização
Discutindo o diagnóstico
Identificação do problema e definição dos objetivos
Educando o paciente sobre o modelo cognitivo
Discussão do problema ou ativação comportamental
Resumo de final da sessão e prescrição dos exercícios de casa
Feedback

Capítulo 6. Ativação Comportamental
Conceituação de inatividade
Conceituação de falta de domínio e prazer
Usando a planilha de atividades para avaliar a acurácia das previsões

Capítulo 7. Sessão 2 e Posteriores: Estrutura e Formato

A primeira parte da sessão
A parte intermediária da sessão
Resumo final e feedback
Sessão 3 e subsequentes

Capítulo 8. Problemas na Estruturação da Sessão
Cognições do terapeuta
Interrompendo o paciente
Familiarizando o paciente
Engajando o paciente
Fortalecendo a aliança terapêutica
Verificação do humor
Atualização rápida
Ponte entre as sessões
Exame dos exercícios de casa
Discussão dos itens da pauta
Definindo um novo exercício de casa
Resumo final
Feedback

Capítulo 9. Identificando Pensamentos Automáticos
Características dos pensamentos automáticos
Explicando os pensamentos automáticos ao paciente
Evocando pensamentos automáticos
Ensinando o paciente a identificar pensamentos automáticos

Capítulo 10. Identificando Emoções
Distinguindo pensamentos automáticos de emoções
Dificuldade para nomear as emoções
Classificando os graus de emoção
Usando a intensidade emocional para guiar a terapia

Capítulo 11. Avaliando os Pensamentos Automáticos
Selecionando os pensamentos automáticos fundamentais
Questionando para avaliar um pensamento automático
Aferindo os resultados do processo de avaliação
Conceituando por que a avaliação de um pensamento automático foi ineficaz
Usando métodos alternativos para ajudar o paciente a examinar seus pensamentos
Quando os pensamentos automáticos são verdadeiros
Ensinando o paciente a avaliar seus pensamentos
Pegando um atalho: não utilizando as perguntas

Capítulo 12. Respondendo aos Pensamentos A
Revisando as anotações da terapia

Avaliando e respondendo a novos pensamentos automáticos entre as sessões
Respondendo de outras maneiras aos pensamentos automáticos

Capítulo 13. Identificando e Modificando Crenças Intermediárias
Conceituação cognitiva
Modificando crenças

Capítulo 14. Identificando e Modificando Crenças Nucleares
Categorizando crenças nucleares
Identificando crenças nucleares
Apresentando crenças nucleares
Educando o paciente sobre crenças nucleares e monitorando quando estas entram em operação
Desenvolvendo uma nova crença nuclear
Fortalecendo novas crenças nucleares
Modificando crenças nucleares negativas
Planilha das crenças nucleares

Capítulo 15. Outras Técnicas Cognitivas e Comportamentais
Solução de problemas e treinamento de habilidades
Tomando decisões
Refocalizar
Medindo os humores e o comportamento por meio do uso da planilha de atividades
Relaxamento e mindfulness
Prescrição gradual de tarefas
Exposição
Role-play
Usando a técnica da “torta”
Autocomparações e listas de méritos

Capítulo 16. Imaginário
Identificando imagens
Educando o paciente sobre o imaginário
Respondendo às imagens espontâneas
Induzindo o imaginário como instrumento terapêutico

Capítulo 17. Exercícios de Casa
Definindo as prescrições dos exercícios
Aumentando a adesão aos exercícios de casa
Conceituando as dificuldades
Revisando os exercícios de casa

Capítulo 18. Término e Prevenção de Recaída
Atividades iniciais
Atividades ao longo da terapia

Atividades próximas do término
Sessões de reforço

Capítulo 19. Planejamento do Tratamento
Atingindo objetivos terapêuticos amplos
Planejando o tratamento em cada sessão
Criando um plano de tratamento
Planejando cada sessão
Decidindo em que problema focar
Modificando o tratamento padrão para transtornos específicos

Capítulo 20. Problemas na Terapia
Detectando a existência de um problema
Conceituando problemas
Pontos emperrados
Remediando problemas na terapia

Capítulo 21. Evoluindo como Terapeuta Cognitivo-comportamental

Apêndice A. Relato Cognitivo de caso

Apêndice B. Recursos da Terapia Cognitivo-comportamental
Programas de treinamento
Materiais e referências para terapeuta e paciente
Materiais de avaliação
Organizações profissionais de terapia cognitivo-comportamental

Apêndice C. Escala de Avaliação da Terapia Cognitiva

Referências

Capítulo 1

INTRODUÇÃO À TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

No começo da década de 1960, Aaron T. Beck, M.D., na época professor assistente de psiquiatria na University of Pennsylvania, deu início a uma revolução no campo da saúde mental. Dr. Beck era psicanalista com formação completa e atuante. Fundamentalmente um cientista, ele acreditava que, para que a psicanálise fosse aceita pela comunidade médica, suas teorias precisariam ter demonstração de validação empírica. No final da década de 1960 e início dos anos de 1970, dedicou-se a uma série de experimentos que, esperava ele, comprovassem perfeitamente essa validação. Ao invés disso, aconteceu o contrário. Os resultados de seus experimentos levaram-no à busca de outras explicações para a depressão. Ele identificou cognições negativas e distorcidas (principalmente pensamentos e crenças) como característica primária da depressão e desenvolveu um tratamento de curta duração, no qual um dos objetivos principais era o teste de realidade do pensamento depressivo do paciente.

Neste capítulo, você encontrará respostas para as seguintes perguntas:

- O que é terapia cognitivo-comportamental?
- Como ela foi desenvolvida?
- O que as pesquisas nos dizem sobre sua eficácia?
- Quais são seus princípios básicos?
- Como você pode se tornar um terapeuta cognitivo-comportamental eficaz?

O QUE É TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL?

Aaron Beck desenvolveu uma forma de psicoterapia no início da década de 1960, a qual denominou originalmente "terapia cognitiva". O termo "terapia cognitiva" hoje é usado por muitos da nossa área como sinônimo de "terapia cognitivo-comportamental", e é este último termo que será utilizado ao longo deste livro. Para o tratamento da depressão, Beck concebeu uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, direcionada para a solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (inadequados e/ou inúteis) (Beck, 1964). Desde aquela época, ele e outros autores tiveram sucesso na adaptação dessa terapia a populações surpreendentemente diversas e com uma ampla abrangência de transtornos e problemas. Essas adaptações alteraram o foco, as técnicas e a duração do tratamento, porém os pressupostos teóricos em si permaneceram constantes. Em todas as formas de terapia cognitivo-comportamental derivadas do modelo de Beck, o tratamento está baseado em uma formulação cognitiva, as crenças e estratégias comportamentais que caracterizam um transtorno específico (Alford e Beck, 1997).

O tratamento também está baseado em uma conceituação, ou compreensão, de cada paciente (suas crenças específicas e padrões de comportamento). O terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva – modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente – para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura.

Beck lançou mão de inúmeras e diferentes fontes quando desenvolveu essa forma de psicoterapia, incluindo os primeiros filósofos, como Epiteto, e teóricos como Karen Horney, Alfred Adler, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus e Albert Bandura. O trabalho de Beck, por sua vez, foi ampliado por pesquisadores e teóricos atuais dos Estados Unidos e do exterior, numerosos demais para serem aqui mencionados.

Existem muitas formas de terapia cognitivo-comportamental que compartilham características da terapia de Beck, mas cujas conceitualizações e ênfases no tratamento variam até certo ponto. Elas incluem a terapia racional-emotiva comportamental (Ellis, 1962), a terapia comportamental dialética (Linehan, 1993), a terapia de solução de problemas (D'Zurilla e Nezu, 2006), a terapia de aceitação e compromisso (Hayes, Follette e Linehan, 2004), a terapia de

exposição (Foa e Rothbaum, 1998), a terapia de processamento cognitivo (Resick e Schnicke, 1993), o sistema de psicoterapia de análise cognitivo-comportamental (McCullough, 1999), a ativação comportamental (Lewinsohn, Sullivan e Grosscup, 1980; Martell, Addis e Jacobson, 2001), a modificação cognitivo-comportamental (Meichenbaum, 1977) e outras. A terapia cognitivo-comportamental de Beck frequentemente incorpora técnicas de todas estas e outras psicoterapias, dentro de uma estrutura cognitiva. O panorama histórico da área apresenta uma descrição rica de como se originaram e se desenvolveram as diferentes correntes da terapia cognitivo-comportamental (Arnkoff e Glass, 1992; A. Beck, 2005; Clark, Beck e Alford, 1999; Dobson e Dozois, 2009; Hollon e Beck, 1993).

A terapia cognitivo-comportamental tem sido adaptada a pacientes com diferentes níveis de educação e renda, bem como a uma variedade de culturas e idades, desde crianças pequenas até adultos com idade mais avançada. É usada atualmente em cuidados primários e outras especializações da saúde, escolas, programas vocacionais e prisões, entre outros contextos. É utilizada nos formatos de grupo, casal e família. Embora o tratamento descrito neste livro esteja focado nas sessões individuais de 45 minutos, elas podem ser mais curtas. Alguns pacientes, como os que sofrem de esquizofrenia, frequentemente não conseguem tolerar uma sessão inteira, e certos profissionais podem vir a utilizar técnicas da terapia cognitiva sem realizar uma sessão completa de terapia, seja durante uma consulta clínica ou de reabilitação, seja na revisão da medicação.

QUAL A TEORIA SUBJACENTE À TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL?

Em poucas palavras, o *modelo cognitivo* propõe que o pensamento disfuncional (que influencia o humor e o pensamento do paciente) é comum a todos os transtornos psicológicos. Quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma melhora em seu estado emocional e no comportamento. Por exemplo, se você estivesse muito deprimido e emitisse alguns cheques sem fundos, poderia ter um *pensamento automático*, uma ideia que simplesmente apareceria em sua mente: "Eu não faço nada direito". Esse pensamento poderia, então, conduzir a uma reação específica: você se sentiria triste (emoção) e se refugiaria na cama (comportamento). Se, então, examinasse a validade dessa ideia, poderia concluir que fez uma generalização e que, na verdade, você faz muitas coisas bem. Encarar a sua experiência a partir dessa nova perspectiva provavelmente faria você se sentir melhor e levaria a um comportamento mais funcional.

Para que haja melhora duradoura no humor e no comportamento do paciente, os terapeutas cognitivos trabalham em um nível mais profundo de cognição: as crenças básicas do paciente sobre si mesmo, seu mundo e as outras pessoas. A modificação das crenças disfuncionais subjacentes produz uma mudança mais duradoura. Por exemplo, se você continuamente subestima suas habilidades, pode ser que tenha uma crença subjacente de incompetência. A modificação dessa crença geral (isto é, ver a si mesmo de forma mais realista, como alguém que tem pontos fortes e pontos fracos) pode alterar a sua percepção de situações específicas com que se defronta diariamente. Você não terá mais tantos pensamentos com o tema: "Eu não faço nada direito". Em vez disso, em situações específicas em que comete erros, você provavelmente pensará: "Eu não sou bom nisto [tarefa específica]".

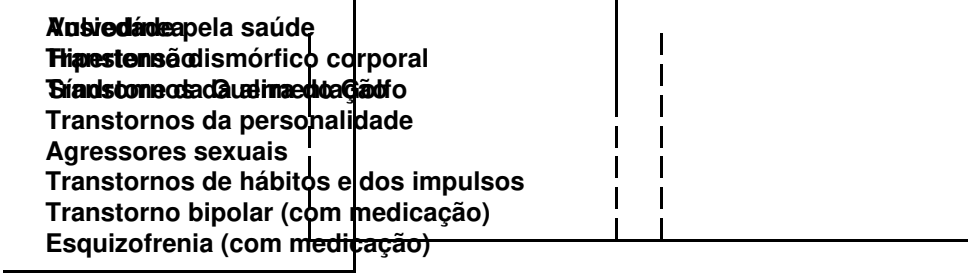
O QUE DIZEM AS PESQUISAS?

A terapia cognitivo-comportamental tem sido amplamente testada desde que foram publicados os primeiros estudos científicos, em 1977 (Rush, Beck, Kovacs e Hollon, 1977). Até o momento, mais de 500 estudos científicos demonstraram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental para uma ampla gama de transtornos psiquiátricos, problemas psicológicos e problemas médicos com componentes psicológicos (veja, p. ex., Butler, Chapman, Forman e Beck, 2005; Chambless e Ollendick, 2001). A Tabela 1.1 lista muitos dos transtornos e problemas que foram tratados com sucesso com a terapia cognitivo-comportamental. Uma lista mais completa pode ser encontrada em *www.beckinstitute.org*.

Foram realizados estudos para demonstrar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental na comunidade (veja, p. ex., Shadish, Matt, Navarro e Philips, 2000; Simons et al., 2010; Stirman, Buchhofer, McLaulin, Evans e Beck, 2009). Outros estudos concluíram ser efetiva a terapia cognitivo-comportamental assistida por computador (veja, p. ex., Khanna e Kendall, 2010; Wright et al., 2002). E diversos pesquisadores demonstraram que existem alterações neurobiológicas associadas ao tratamento com terapia cognitivo-comportamental para vários transtornos (veja, p. ex., Goldapple et al., 2004). Centenas de estudos científicos também validaram o modelo cognitivo da depressão e da ansiedade. Uma ampla revisão desses estudos pode ser encontrada em Clark e colaboradores (1999) e em Clark e Beck (2010).

TABELA 1.1. Lista Parcial de Transtornos Tratados com Sucesso pela Terapia Cognitivo-comportamental

Problemas psicológicos com componentes psicológicos
Transtorno depressivo maior
Insônia
Transtorno de ansiedade generalizada
Fobia específica
Transtorno de pânico
Agorafobia
Síndrome do intestino irritável
Transtorno obsessivo-compulsivo
Transtorno de conduta
Transtorno de ansiedade social
Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade
Obesidade


Ansiedade
Ansiedade pela saúde
Hipertensão
Hipertensão
Transtorno da alimentação
Transtorno da alimentação
Transtornos da personalidade
Agressores sexuais
Transtornos de hábitos e dos impulsos
Transtorno bipolar (com medicação)
Esquizofrenia (com medicação)

COMO FOI DESENVOLVIDA A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE BECK?

No fim da década de 1950 e início da década de 1960, o Dr. Beck decidiu testar o conceito psicanalítico de que a depressão é resultante de hostilidade voltada contra si mesmo. Investigou os sonhos dos pacientes deprimidos, os quais, segundo sua previsão, manifestariam mais temas de hostilidade do que os sonhos dos controles normais. Para sua surpresa, acabou descobrindo que os sonhos dos pacientes deprimidos continham *menos* temas de hostilidade e muito mais temas relacionados a fracasso, privação e perda. Ele identificou que esses temas eram similares ao pensamento dos seus pacientes quando estavam acordados. Os resultados de outros estudos conduzidos por Beck levaram-no a acreditar que uma ideia psicanalítica – que os pacientes deprimidos têm necessidade de sofrer – poderia ser incorreta (Beck, 1967). Naquele ponto, era quase como se uma imensa fileira de dominós começasse a cair. Se esses conceitos psicanalíticos não fossem válidos, como é que a depressão poderia ser entendida, então?

Enquanto o Dr. Beck ouvia seus pacientes no divã, percebia que eles ocasionalmente relatavam duas vertentes de pensamento: uma vertente de livre associação e outra de pensamentos rápidos de qualificações sobre si mesmos. Uma mulher, por exemplo, detalhava suas façanhas sexuais. A seguir, relatava sentir-se ansiosa. O Dr. Beck fez uma interpretação: "Você achou que eu estava lhe criticando". A paciente discordou: "Não, eu estava com medo de estar chateando você". Ao questionar seus outros pacientes deprimidos, o Dr. Beck percebeu que todos eles tinham pensamentos "automáticos" negativos como esses e que essa segunda vertente de pensamentos estava intimamente ligada às suas emoções. Começou, então, a ajudar seus pacientes a identificar, avaliar e responder ao seu pensamento irrealista e desadaptativo. Quando fez isso, eles melhoraram rapidamente.

O Dr. Beck começou, então, a ensinar seus residentes psiquiátricos na University of Pennsylvania a usar essa forma de tratamento. Também eles descobriram que seus pacientes respondiam bem. O residente-chefe, médico psiquiatra A. John Rush, atualmente grande autoridade no campo da depressão, discutiu a possibilidade de conduzir uma pesquisa científica com o Dr. Beck. Eles concordaram que tal estudo era necessário para demonstrar aos outros a eficácia da terapia cognitiva. O ensaio clínico controlado randomizado que foi conduzido por eles com pacientes deprimidos, publicado em 1977,

constatou que a terapia cognitiva era tão efetiva quanto a imipramina, um antidepressivo comum. Este foi um estudo surpreendente. Foi uma das primeiras vezes em que uma terapia da palavra havia sido comparada a uma medicação. Beck, Rush, Shaw e Emery (1979) publicaram o primeiro manual de terapia cognitiva dois anos depois.

Os componentes importantes da psicoterapia cognitivo-comportamental para depressão incluem foco na ajuda aos pacientes para solucionarem problemas, tornarem-se comportalmente ativados e identificarem, avaliarem e responderem ao seu pensamento depressivo, especialmente pensamentos negativos sobre si mesmos, seu mundo e seu futuro. No fim da década de 1970, Dr. Beck e seus colegas de pós-doutorado na University of Pennsylvania começaram a estudar a ansiedade e descobriram que era necessário um foco um pouco diferente. Os pacientes com ansiedade precisavam avaliar melhor o risco das situações que temiam, levar em consideração seus recursos internos e externos, além de melhorar tais recursos. Eles também precisavam reduzir a evitação e enfrentar as situações que temiam para que pudessem testar comportamentalmente as suas predições negativas. Desde aquela época, o modelo cognitivo da ansiedade tem sido aperfeiçoado para cada um dos vários transtornos de ansiedade; a psicologia cognitiva confirmou esses modelos, e estudos científicos demonstraram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade (Clark e Beck, 2010).

Avançando várias décadas, Dr. Beck, seus colegas e outros pesquisadores por todo o mundo continuam a estudar, teorizar, adaptar e testar tratamentos para pacientes que padecem de uma lista crescente de problemas. A terapia cognitiva, ou terapia cognitivo-comportamental, é ensinada agora na maioria das escolas de graduação nos Estados Unidos e em muitos outros países.

QUAIS OS PRINCÍPIOS BÁSICOS DO TRATAMENTO?

Embora a terapia deva se adequar a cada indivíduo, existem determinados princípios que estão presentes na terapia cognitivo-comportamental para todos os pacientes. Ao logo de todo este livro, uso uma paciente depressiva, Sally, para ilustrar esses princípios centrais, demonstrar como usar a teoria cognitiva para entender as dificuldades dos pacientes e como utilizar esse entendimento para planejar o tratamento e conduzir as sessões de terapia. Sally é uma paciente quase ideal e me possibilita apresentar a terapia cognitivo-comportamental de uma maneira simples. Faço algumas observações sobre como variar o tratamento com pacientes que não respondem tão bem quanto ela, mas o leitor deverá buscar outras fontes (p. ex., J. S. Beck, 2005; Kuyken, Padesky e Dudley, 2009; Needleman, 1999) para aprender a conceituar, montar estratégias e implementar técnicas para pacientes com diagnósticos diferentes da depressão ou pacientes cujos problemas impõem um desafio no tratamento.

> "Sally" era uma moça solteira de 18 anos quando procurou tratamento comigo durante seu segundo semestre na universidade. Vinha se sentindo deprimida e ansiosa nos últimos quatro meses e estava tendo dificuldades com suas atividades diárias. Ela preenchia os critérios de um episódio de transtorno depressivo maior moderado, de acordo com o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, quarta edição, texto revisado* (DSM-IV-R; American Psychiatric Association, 2000). Uma descrição mais completa de Sally é apresentada no Apêndice A.

Os princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental são os seguintes:

Princípio nº 1. A terapia cognitivo-comportamental está baseada em uma formulação em desenvolvimento contínuo dos problemas dos pacientes e em uma conceituação individual de cada paciente em termos cognitivos. Considero as dificuldades de Sally a partir de três estruturas. Desde o início, identifico seu *pensamento atual* que contribui para seus sentimentos de tristeza ("Eu sou um fracasso, eu não consigo fazer nada direito, eu nunca vou ser feliz") e seus *comportamentos problemáticos* (isolando-se, passando muito tempo

improdutivo em seu quarto, evitando pedir ajuda). Esses comportamentos problemáticos se originam no e, por sua vez, reforçam o pensamento disfuncional de Sally. Em segundo lugar, identifico *fatores precipitantes* que influenciaram as percepções de Sally no começo da sua depressão (p. ex., estar longe de casa pela primeira vez e sua dificuldade nos estudos contribuíram para a crença de que era incompetente). Em terceiro lugar, levanto hipóteses a respeito dos *eventos-chave do desenvolvimento* e os *padrões constantes de interpretação* desses eventos que podem tê-la predisposto à depressão (p. ex., Sally tem uma antiga tendência a atribuir à sorte os seus pontos fortes e conquistas, porém encara seus pontos fracos como um reflexo do seu verdadeiro "eu").

Baseio minha conceituação de Sally na formulação cognitiva da depressão e nos dados que ela fornece durante a sessão de avaliação. Continuo a aprimorar essa conceituação a cada sessão, à medida que vou obtendo mais dados. Em momentos estratégicos, compartilho a conceituação com Sally para me assegurar de que isso lhe "soa verdadeiro". Além do mais, durante a terapia, ajudo Sally a examinar sua experiência por meio do modelo cognitivo. Ela aprende, por exemplo, a identificar os pensamentos associados ao seu afeto ansioso e a avaliar e formular respostas mais adaptativas ao seu pensamento. Fazer isso melhora a forma como se sente e geralmente faz ela se comportar de um modo mais funcional.

Princípio no 2. A terapia cognitivo-comportamental requer uma aliança terapêutica sólida. Sally, assim como muitos pacientes com depressão não complicada e transtornos de ansiedade, tem um pouco de dificuldade em confiar e trabalhar comigo. Eu me esforço para demonstrar todos os ingredientes básicos necessários em uma situação de aconselhamento: afeto, empatia, atenção, interesse genuíno e competência. Demonstro meu interesse por Sally fazendo comentários empáticos, ouvindo atenta e cuidadosamente e resumindo de forma adequada seus pensamentos e sentimentos. Assinalo seus sucessos, sejam eles pequenos ou maiores, e mantenho um ponto de vista realisticamente otimista e bem-humorado. Também peço a Sally um *feedback* no fim de cada sessão para me certificar de que ela se sente compreendida e positiva em relação à sessão. Veja o Capítulo 2 para uma descrição mais longa da relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental.

Princípio no 3. A terapia cognitivo-comportamental enfatiza a colaboração e a participação ativa. Eu encorajo Sally a encarar a terapia como um trabalho em equipe; juntas nós decidimos o que trabalhar em cada sessão, a frequência com que devemos nos

encontrar e o que ela pode fazer entre as sessões como exercício da terapia. Inicialmente sou mais ativa, sugerindo uma direção para as sessões e resumindo o que discutimos durante uma sessão. À medida que Sally vai ficando menos deprimida e mais familiarizada com o tratamento, eu a encorajo a se tornar cada vez mais ativa na sessão: decidindo sobre quais problemas falar, identificando as distorções no seu pensamento, resumindo pontos importantes e planejando a prescrição dos exercícios a serem realizados em casa.

Princípio no 4. A terapia cognitivo-comportamental é orientada para os objetivos e focada nos problemas. Em nossa primeira sessão, peço a Sally para enumerar seus problemas e estabelecer objetivos específicos, de modo que ela e eu compartilhemos o entendimento de para onde estamos nos dirigindo. Por exemplo, Sally menciona na sessão de avaliação que se sente isolada. Com a minha orientação, ela define um objetivo em termos comportamentais: começar novas amizades e passar mais tempo com os amigos atuais. Posteriormente, ao discutirmos como melhorar sua rotina diária, ajudo-a a avaliar e responder aos pensamentos que interferem em seu objetivo, tais como: *Os meus amigos não vão querer sair comigo. Eu estou muito cansada para sair com eles.* Primeiramente, ajudo Sally a avaliar a validade dos seus pensamentos por meio de um exame das evidências. Então Sally se dispõe a testar seus pensamentos mais diretamente por meio de experimentos comportamentais (p. 238-239), em que toma a iniciativa de fazer planos com os amigos. Depois de reconhecer e corrigir a distorção em seu pensamento, Sally consegue se beneficiar com a solução objetiva e direta do problema para reduzir seu isolamento.

Princípio no 5. A terapia cognitivo-comportamental enfatiza inicialmente o presente. O tratamento da maioria dos pacientes envolve um foco intenso nos problemas atuais e em situações específicas que são angustiantes para eles. Sally começa a se sentir melhor depois que consegue responder ao seu pensamento negativo e tomar atitudes para melhorar sua vida. A terapia começa por um exame dos seus problemas no aqui e agora, independentemente do diagnóstico. A atenção se volta para o passado em duas circunstâncias. A primeira, quando o paciente expressa uma forte preferência por fazer assim e quando não fazer isso possa colocar em perigo a aliança terapêutica. A segunda, quando os pacientes ficam “emperrados” no seu pensamento disfuncional, quando um entendimento das raízes infantis de suas crenças poderá ajudar a modificar suas ideias rígidas. (“Bem, não é de admirar que você ainda acredite que é incompetente. Você consegue perceber que qualquer criança – que tivesse tido as mesmas experiências que você – cresceria se achando incompetente, e

mesmo assim isso poderia não ser verdadeiro, ou certamente não completamente verdadeiro?")

Por exemplo, volto-me brevemente para o passado na metade do tratamento a fim de ajudar Sally a identificar um conjunto de crenças que aprendeu quando criança: "Se eu tiver grandes conquistas, isso significa que eu tenho valor. Se eu não tiver grandes conquistas, isso significa que eu sou um fracasso". Eu a auxilio a avaliar a validade dessas crenças, tanto no passado quanto no presente. Fazer isso leva Sally, em parte, a desenvolver crenças mais funcionais e mais razoáveis. Se ela tivesse um transtorno da personalidade, eu teria passado proporcionalmente mais tempo discutindo a história do seu desenvolvimento e a origem na infância das crenças e os comportamentos de enfrentamento.

Princípio no 6. A terapia cognitivo-comportamental é educativa, tem como objetivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaída. Em nossa primeira sessão, educo Sally quanto à natureza e ao curso do seu transtorno, sobre o processo da terapia cognitivo-comportamental e sobre o modelo cognitivo (i. e., como seus pensamentos influenciam suas emoções e comportamento). Eu não só ajudo Sally a definir objetivos, identificar e avaliar pensamentos e crenças e a planejar a mudança comportamental, mas também a ensino como fazer. A cada sessão faço com que ela leve para casa algumas anotações sobre a terapia – ideias importantes que aprendeu – para que possa se beneficiar desse novo entendimento nas semanas seguintes e depois que terminar o tratamento.

Princípio no 7. A terapia cognitivo-comportamental visa ser limitada no tempo. Muitos pacientes com depressão e transtornos de ansiedade são tratados em um espaço de 6 a 14 sessões. Os objetivos do terapeuta são promover o alívio dos sintomas, facilitar a remissão do transtorno, ajudar o paciente a resolver seus problemas mais urgentes e ensinar habilidades para evitar a recaída. Sally, inicialmente, tem sessões semanais. (Se sua depressão fosse mais grave ou ela tivesse risco de suicídio, eu teria marcado sessões mais frequentes.) Após dois meses, decidimos colaborativamente experimentar sessões quinzenais e depois sessões mensais. Mesmo após o término, planejamos sessões periódicas de "reforço" a cada três meses por um ano.

No entanto, nem todos os pacientes têm sucesso suficiente em alguns poucos meses. Alguns deles precisam de um ou dois anos de terapia (ou possivelmente mais) para modificarem crenças disfuncionais muito rígidas e padrões de comportamento que contribuem para seu sofrimento crônico. Outros pacientes, com

doença mental grave, podem precisar de tratamento periódico por um tempo muito longo para manterem a estabilização.

Princípio nº 8. As sessões de terapia cognitivo-comportamental são estruturadas. Independentemente do diagnóstico ou do estágio do tratamento, seguir uma determinada estrutura em cada sessão maximiza a eficiência e a eficácia. Essa estrutura inclui uma parte introdutória (fazer uma verificação do humor, examinar rapidamente a semana, definir colaborativamente uma pauta para a sessão), uma parte intermediária (examinar o exercício de casa, discutir os problemas da pauta, definir um novo exercício de casa, fazer resumos) e uma parte final (eliciar um *feedback*). Seguir esse formato faz o processo da terapia ser mais compreensível para os pacientes e aumenta a probabilidade de eles serem capazes de fazer a autoterapia após o término.

Princípio nº 9. A terapia cognitivo-comportamental ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais. Os pacientes podem ter dúzias ou até mesmo centenas de pensamentos automáticos por dia que afetam seu humor, comportamento e/ou fisiologia (a última é especialmente pertinente para a ansiedade). O terapeuta ajuda o paciente a identificar as principais cognições e a adotar perspectivas mais realistas e adaptativas, o que leva o paciente a se sentir melhor emocionalmente, se comportar com mais funcionalidade e/ou diminuir sua excitação psicológica. Isso é feito por meio do processo da *descoberta guiada*, usando o questionamento (frequentemente denominado, ou mal denominado, "questionamento socrático") para avaliar seu pensamento (em vez da persuasão, do debate ou do convencimento). O terapeuta também cria experiências, chamadas *experimentos comportamentais*, para que o paciente teste diretamente seu pensamento (p. ex., "Basta olhar para a imagem de uma aranha e eu vou ficar tão ansioso que não vou conseguir pensar"). Dessa forma, o terapeuta se engaja no *empirismo colaborativo*. O terapeuta, em geral, não sabe antecipadamente até que ponto o pensamento automático de um paciente é válido ou inválido, mas juntos eles testam esse pensamento para desenvolver respostas mais úteis e adequadas.

Quando Sally estava bem deprimida, tinha muitos pensamentos automáticos durante o dia, alguns dos quais ela relatava espontaneamente e outros que eu investigava (perguntando-lhe o que estava passando pela sua mente quando se sentiu perturbada ou agiu de uma maneira disfuncional). Com frequência, descobríamos pensamentos automáticos importantes enquanto estávamos discutindo um dos problemas específicos de Sally, e juntas investigávamos sua

validade e utilidade. Eu lhe pedia que resumisse seus novos pontos de vista, e nós os registrávamos por escrito de modo que ela pudesse ler essas respostas adaptativas durante a semana para se preparar para esses ou outros pensamentos semelhantes. Eu não a encorajava a adotar sem crítica um ponto de vista mais positivo, nem questionava a validade dos seus pensamentos automáticos ou tentava convencê-la de que seu pensamento era irrealisticamente pessimista. Em vez disso, nós nos envolvíamos em uma exploração colaborativa das evidências.

Princípio no 10. A terapia cognitivo-comportamental usa uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento. Embora estratégias cognitivas como o questionamento socrático e a descoberta guiada sejam centrais para a terapia cognitivo-comportamental, as técnicas comportamentais e de solução de problemas são essenciais, assim como são as técnicas de outras orientações que são implementadas dentro de uma estrutura cognitiva. Por exemplo, usei técnicas inspiradas na Gestalt para ajudar Sally a entender como sua família contribuiu para o desenvolvimento da sua crença de que era incompetente. Utilizo técnicas inspiradas na psicodinâmica com alguns pacientes do Eixo II que aplicam suas ideias distorcidas sobre as pessoas na relação terapêutica. Os tipos de técnicas que você escolhe serão influenciados pela sua conceituação do paciente, pelo problema que vocês estão discutindo e pelos seus objetivos para a sessão.

Esses princípios básicos se aplicam a todos os pacientes. No entanto, a terapia varia consideravelmente de acordo com cada paciente, com a natureza das suas dificuldades e seu momento de vida, assim como seu nível intelectual e de desenvolvimento, seu gênero e origem cultural. O tratamento também varia dependendo dos objetivos do paciente, da sua capacidade para desenvolver um vínculo terapêutico consistente, da sua motivação para mudar, sua experiência prévia com terapia e suas preferências de tratamento, entre outros fatores.

A *ênfase* no tratamento também depende do(s) transtorno(s) específico(s) do paciente. A terapia cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico envolve o teste das falsas interpretações catastróficas do paciente (geralmente predições errôneas de ameaça à vida ou à sanidade) de sensações corporais ou mentais (Clark, 1989). A anorexia requer uma modificação de crenças sobre valor pessoal e controle (Garner e Bemis, 1985). O tratamento do abuso de substância tem seu foco nas crenças negativas sobre si e na facilitação ou concordância com algumas crenças que justificam o abuso de substância (Back, Wright, Newman e Liese, 1993).

COMO É UMA SESSÃO?

A estrutura das sessões terapêuticas é bem parecida para os vários transtornos, mas as intervenções podem variar consideravelmente de paciente para paciente. (O *site* da Academia de Terapia Cognitiva [*www.academyofct.org*] apresenta uma lista de livros que descrevem a formulação cognitiva, as principais ênfases, estratégias e técnicas para uma ampla gama de diagnósticos, variáveis dos pacientes e formatos e contextos de tratamento.) A seguir, é feita uma descrição geral de sessões de tratamento e do curso deste, especialmente com pacientes que estão deprimidos.

No início das sessões, você irá restabelecer a aliança terapêutica, checar o humor, os sintomas e experiências do paciente durante a semana que passou e pedir que nomeie os problemas que mais deseja ajuda para resolver. Essas dificuldades podem ter surgido durante a semana e/ou podem ser problemas que ele espera encontrar na(s) próxima(s) semana(s). Você também irá examinar as atividades de autoajuda ("exercícios de casa" ou "plano de ação") em que o paciente se envolveu desde a última sessão. A seguir, na discussão de um problema específico que o paciente colocou na pauta, você vai coletar dados a respeito do problema, conceituar cognitivamente as dificuldades do paciente (perguntando sobre seus pensamentos, emoções e comportamentos específicos associados ao problema) e planejar colaborativamente uma estratégia. Na maioria das vezes, a estratégia inclui a solução objetiva e direta do problema, avaliação do pensamento negativo associado ao problema e/ou mudança no comportamento.

Por exemplo, Sally, uma estudante universitária, está tendo dificuldades com os estudos. Ela precisa de ajuda para avaliar e responder aos seus pensamentos ("De que adianta? De qualquer forma eu vou ser reprovada.") antes de ser capaz de se engajar inteiramente na solução do seu problema com os estudos. Eu me asseguro de que Sally tenha adotado uma visão mais adequada e adaptativa das situações e tenha decidido quais as soluções a implementar na semana seguinte (p. ex., começar por exercícios relativamente mais fáceis, resumir mentalmente o que leu após a cada página ou duas de leitura, planejar sessões de estudo mais curtas, fazer caminhadas quando faz intervalos e pedir ajuda ao professor assistente). A nossa sessão prepara as condições para que Sally faça as mudanças no seu pensamento e comportamento durante a semana seguinte, o que, por sua vez, levará a uma melhora no seu humor e funcionamento.

Após discutirmos um problema e definirmos colaborativamente um exercício para fazer em casa, Sally e eu nos voltamos para um segundo problema que ela colocou na pauta e repetimos o processo. Ao fim de cada sessão, revisamos os pontos importantes. Eu me asseguro de que Sally muito provavelmente realizará os exercícios de casa prescritos e solicito seu *feedback* sobre a sessão.

O DESENVOLVIMENTO DE UM TERAPEUTA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Para um observador não treinado, a terapia cognitivo-comportamental às vezes dá a falsa impressão de ser muito simples. O *modelo cognitivo*, a proposição de que o pensamento de um indivíduo influencia as suas emoções e seu comportamento, é bastante simples. Entretanto, os terapeutas cognitivo-comportamentais experientes realizam muitas tarefas de uma vez: conceituam o caso, desenvolvem o *rapport*, familiarizam e educam o paciente, identificam problemas, coletam dados, testam hipóteses e fazem resumos periódicos. O terapeuta cognitivo-comportamental iniciante, em contraste, geralmente precisa ser mais cuidadoso e estruturado, concentrando-se em menos elementos por vez. Embora o objetivo final seja entrelaçar esses elementos e conduzir a terapia da forma mais efetiva e eficiente possível, os iniciantes devem primeiro aprender a habilidade de desenvolvimento da relação terapêutica, a habilidade de conceituação e as técnicas da terapia cognitivo-comportamental; todas elas serão mais bem realizadas se feitas gradualmente.

O desenvolvimento de *expertise* como terapeuta cognitivo-comportamental pode ser visto em três estágios. (Essas descrições presumem que o terapeuta já seja proficiente em habilidades de aconselhamento básico: escuta, empatia, preocupação, respeito e autenticidade, bem como compreensão adequada, reflexão e capacidade de resumir. Os terapeutas que ainda não têm essas habilidades frequentemente provocam uma reação negativa por parte dos pacientes.) No Estágio 1, você aprende as habilidades básicas de conceituação de caso em termos cognitivos com base na avaliação inicial e em dados coletados na sessão. Você também aprende a estruturar a sessão, a usar sua conceituação do paciente e o bom senso para planejar o tratamento e ajudá-lo a resolver problemas e a encarar seus pensamentos disfuncionais de forma diferente. Você também aprende a usar técnicas cognitivas e comportamentais básicas.

No Estágio 2, você se torna mais proficiente na integração da sua conceituação ao seu conhecimento das técnicas. Você fortalece sua habilidade para compreender o fluxo da terapia. Passa a identificar com maior facilidade os objetivos principais do tratamento e torna-se mais hábil na conceituação dos pacientes, aprimorando sua conceituação durante a própria sessão e usando a conceituação para tomar decisões quanto às intervenções. Você amplia seu repertório de técnicas e torna-se mais proficiente na seleção, identificação do

momento adequado e implementação de técnicas apropriadas.

No Estágio 3, você integra mais automaticamente os dados novos à conceituação. Você aperfeiçoa sua habilidade de formulação de hipóteses para confirmar ou corrigir sua visão do paciente. Quando necessário, varia a estrutura e as técnicas da terapia cognitivo-comportamental básica, particularmente no caso de pacientes com transtornos da personalidade e outros transtornos e problemas difíceis.

Se você já pratica outra modalidade terapêutica, será importante tomar uma decisão colaborativa com os pacientes para introduzir a abordagem da terapia cognitivo-comportamental, descrevendo o que gostaria de fazer de maneira diferente e apresentando justificativas para isso. A maioria dos pacientes concorda com essas alterações quando elas são expressas de modo positivo, para o bem do paciente. Quando os pacientes hesitam, você pode sugerir a instituição de uma alteração (como, por exemplo, definir uma pauta) como um "experimento", em vez de um compromisso, para motivá-los a tentar.

TERAPEUTA: Mike, eu estava lendo um livro importante sobre como tornar a terapia mais efetiva e pensei em você.

PACIENTE: Mesmo?

TERAPEUTA: Sim, e tenho algumas ideias sobre como nós podemos ajudá-lo a melhorar com maior rapidez. [sendo colaborativo] Tudo bem se eu falar a respeito?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Uma coisa que li se chamava "definindo a pauta". Isso significa que no início das sessões vou pedir que você enumere os problemas para os quais deseja a minha ajuda para resolver durante a sessão. Por exemplo, você pode dizer que está tendo um problema com seu chefe ou em sair da cama nos fins de semana, ou que tem-se sentido muito ansioso em relação às suas finanças. (*pausa*) Ao lhe perguntar antes sobre os problemas, podemos planejar como utilizaremos melhor nosso tempo na sessão. (*pausa*) [solicitando *feedback*] O que lhe parece?

COMO USAR ESTE LIVRO

Este livro destina-se a indivíduos em qualquer estágio de experiência e desenvolvimento de habilidades que necessitam ter o domínio dos fundamentos da conceituação e do tratamento cognitivo. É essencial ter domínio dos elementos básicos da terapia cognitivo-comportamental para compreender como e quando variar o tratamento padrão com determinados pacientes.

O seu crescimento como terapeuta cognitivo-comportamental será ampliado se você começar a aplicar em si mesmo as ferramentas descritas neste livro. Primeiramente, enquanto lê, comece a conceituar os seus próprios pensamentos e crenças. Comece por prestar atenção às suas alterações no afeto. Quando notar que o seu humor se alterou ou se intensificou de forma negativa (ou quando você nota que está se engajando em um comportamento disfuncional ou está tendo sensações corporais associadas a afeto negativo), pergunte-se que emoção está sentindo e também faça a pergunta principal da terapia cognitivo-comportamental:

> **"O que estava passando pela minha mente?"**

Dessa forma, você vai ensinar a si mesmo a identificar seus pensamentos automáticos. Aprender as habilidades básicas da terapia cognitivo-comportamental usando a si mesmo como sujeito irá desenvolver a sua habilidade para ensinar as mesmas habilidades aos seus pacientes.

Será particularmente importante que você identifique seus pensamentos automáticos ao mesmo tempo que lê este livro e experimenta as técnicas com seus pacientes. Se, por exemplo, você perceber que está se sentindo um pouco angustiado, pergunte-se: "O que estava passando pela minha mente?". Você poderá descobrir pensamentos automáticos, como:

> "Isso é muito difícil."
> "Eu não vou conseguir dar conta disso."
> "Eu não me sinto confortável com isso."
> "E se eu tentar e não funcionar?"

Os terapeutas experientes, cuja orientação primária não tenha sido cognitiva, devem estar atentos a um diferente conjunto de pensamentos automáticos:

> "Isso não vai funcionar."
> "O paciente não vai gostar disso."
> "Isso é muito superficial/estruturado/sem empatia/simples."

Após desvendar seus pensamentos, você poderá anotá-los e voltar o foco para a sua leitura ou ir até os Capítulos 11 e 12, que descrevem como avaliar e responder aos pensamentos automáticos. Ao dirigir a atenção para os seus próprios pensamentos, você não somente poderá desenvolver suas habilidades na terapia cognitivo-comportamental, como também poderá aproveitar a oportunidade para modificar pensamentos disfuncionais e influenciar positivamente o seu humor (e comportamento), tornando-se mais receptivo ao aprendizado.

Uma analogia comum usada para os pacientes também se aplica ao terapeuta cognitivo-comportamental iniciante. O aprendizado das habilidades da terapia cognitivo-comportamental é similar ao aprendizado de qualquer outra habilidade. Você se lembra de quando aprendeu a dirigir ou a usar o computador? Inicialmente você se sentia um pouco desajeitado? Você tinha que prestar muita atenção a pequenos detalhes e movimentos que agora acontecem mais fácil e automaticamente? Em algum momento você se sentiu desanimado? À medida que foi progredindo, o processo foi fazendo cada vez mais sentido e se tornava cada vez mais confortável? Você por fim teve um domínio da situação até o ponto em que foi capaz de realizar a tarefa com relativa facilidade e confiança? A maioria das pessoas passou por essa experiência de aprendizagem de uma habilidade em que agora são proficientes.

O processo de aprendizagem é o mesmo para o terapeuta cognitivo-comportamental iniciante. Enquanto você aprende como fazer com seus pacientes, trace objetivos pequenos, bem definidos e realistas. Dê crédito a si mesmo pelos pequenos ganhos. Compare o seu progresso com o nível de habilidade que tinha antes de começar a ler este livro, ou à época em que começou a aprender sobre a terapia cognitivo-comportamental. Esteja atento às oportunidades de responder aos pensamentos negativos em que você injustamente se compara aos terapeutas cognitivo-comportamentais experientes, ou em que mina a sua confiança ao comparar seu nível atual de habilidade com seus objetivos finais.

Se você se sente ansioso quanto a começar a usar a terapia

cognitivo-comportamental com os pacientes, faça um "cartão de enfrentamento", um cartão de referência em que escreve afirmações que são importantes de serem lembradas. Meus psiquiatras residentes com frequência têm pensamentos inúteis antes de atenderem seu primeiro paciente de ambulatório. Eu peço que criem um cartão que aborde esses pensamentos. O cartão é individualizado, mas de modo geral diz algo como:

O meu objetivo não é curar este paciente hoje. Ninguém espera que faça isso.
O meu objetivo é desenvolver uma boa aliança de trabalho, se possível, resolver algum problema e aprimorar as minhas habilidades de terapeuta cognitivo-comportamental.

A leitura desse cartão ajuda a reduzir a ansiedade para que eles consigam se focar em seus pacientes e serem mais eficazes.

Por fim, os capítulos deste livro são concebidos para serem lidos na ordem apresentada. Você pode ficar ávido para pular os capítulos introdutórios e ir diretamente para a seção sobre as técnicas. Entretanto, o essencial da terapia cognitivo-comportamental não é meramente o emprego de técnicas cognitivas e comportamentais. Entre outros atributos, requer uma escolha criteriosa e a utilização efetiva de uma ampla variedade de técnicas baseadas na conceituação do nosso paciente. O próximo capítulo apresenta uma visão geral do tratamento, seguido de um capítulo inicial sobre conceituação. O Capítulo 4 descreve o processo de avaliação, e os Capítulos 5 a 8 têm seu foco em como estruturar e o que fazer nas sessões. Os Capítulos 9 a 14 descrevem os fundamentos da terapia cognitivo-comportamental: identificação de cognições e emoções e resposta adaptativa aos pensamentos automáticos e crenças. Outras técnicas cognitivas e comportamentais são apresentadas no Capítulo 15, e o imaginário é discutido no Capítulo 16. O Capítulo 17 descreve os exercícios de casa. O Capítulo 18 descreve os temas do término e prevenção de recaída. Esses capítulos precedentes estabelecem os princípios fundamentais para os Capítulos 19 e 20: planejamento do tratamento e problemas de diagnóstico em terapia. Por fim, o Capítulo 21 apresenta orientações para o aperfeiçoamento como terapeuta

cognitivo-comportamental.

Capítulo 2

VISÃO GERAL DO TRATAMENTO

Este capítulo descreve resumidamente o tratamento com terapia cognitivo-comportamental e apresenta vários elementos essenciais que perpassam cada sessão. São eles:

- Desenvolvimento da relação terapêutica.
- Planejamento do tratamento e estruturação das sessões.
- Identificação e resposta às cognições disfuncionais.
- Ênfase no positivo.
- Facilitação da mudança cognitiva e comportamental entre as sessões (exercícios de casa).

Você também irá aprender mais sobre cada um desses elementos em capítulos futuros.

DESENVOLVENDO A RELAÇÃO TERAPÊUTICA

É essencial começar a desenvolver confiança e *rapport* com o paciente desde nosso primeiro contato com ele. Pesquisas demonstram que as alianças positivas estão relacionadas aos resultados positivos no tratamento (Raue e Goldfried, 1994). Esse processo contínuo é facilmente alcançado com a maioria dos pacientes (embora possa ser mais difícil com pacientes portadores de doença mental grave ou com patologia grave do Eixo II). Para alcançar esse objetivo, você terá que:

- Demonstrar boas habilidades terapêuticas e compreensão acurada.
- Compartilhar sua conceituação e plano de tratamento.
- Tomar decisões colaborativamente.
- Buscar o *feedback*.
- Variar seu estilo.
- Ajudar o paciente a resolver seus problemas e a aliviar sua angústia.

Demonstrando Boas Habilidades Terapêuticas

Você demonstra continuamente o seu compromisso e a compreensão do paciente por meio das suas afirmações empáticas, escolha das palavras, tom de voz, expressões faciais e linguagem corporal. Como costumo dizer aos meus estagiários, você se esforça para ser um bom ser humano no consultório com seus pacientes. Você os trata da forma como *você* gostaria de ser tratado. Demonstra adequada empatia e compreensão dos seus problemas e ideias por meio das suas perguntas significativas, reflexões e afirmações, o que fará ele se sentir valorizado e entendido. Você tentará transmitir as seguintes mensagens implícitas (e às vezes explícitas), mas somente quando endossá-las genuinamente:

"Eu me importo com você e o valorizo."
"Eu quero entender o que você está passando e ajudá-lo."
"Estou confiante de que juntos poderemos trabalhar bem e que a terapia cognitivo-comportamental irá ajudá-lo."
"Eu não estou sobrecarregado com os seus problemas, muito embora

você possa estar."
"Eu já ajudei outros pacientes bem parecidos com você."

Se não puder endossar honestamente essas mensagens, você poderá precisar da ajuda de um supervisor para responder aos seus pensamentos automáticos sobre o paciente, sobre a terapia cognitivo-comportamental ou sobre si mesmo.

Por meio da relação, você poderá ajudar indiretamente o paciente deprimido a:

- Sentir-se digno de estima, quando você é cordial, amistoso e interessado.
- Sentir-se menos sozinho, quando você descreve o processo de trabalharem juntos como equipe para resolverem seus problemas e trabalharem em direção aos objetivos dele.
- Sentir-se mais otimista, quando você se apresenta com esperanças realistas de que o tratamento irá ajudar.
- Sentir maior senso de autoeficácia, quando você o ajuda a ver o crédito que ele merece pela solução dos problemas, por fazer os exercícios de casa e envolver-se em outras atividades produtivas.

Um mito comum a respeito da terapia cognitivo-comportamental, cultivado por pessoas que não leram os livros seminais ou não assistiram a vídeos de terapeutas especialistas, é de que ela é conduzida de maneira fria e mecânica. Isso é simplesmente incorreto. Na verdade, o primeiro manual de terapia cognitivo-comportamental (Beck et al., 1979) já sublinhava a importância do desenvolvimento de uma boa relação terapêutica.

Compartilhando Sua Conceituação e o Plano de Tratamento

Você vai compartilhar constantemente a sua conceituação com o paciente e vai lhe perguntar se lhe "soa verdadeiro". Por exemplo, uma paciente pode ter acabado de descrever um problema com sua mãe. Você lhe pediu para entender o problema segundo o modelo cognitivo. Depois, você conceitua em voz alta, de forma resumida. "Ok, eu quero ter certeza de que entendi. A situação era de que a sua mãe gritou com você ao telefone por não ligar para o seu irmão, e o seu pensamento automático foi: 'Ela não percebe o quanto eu estou ocupada. Ela não culpa *ele* por não ligar para *mim*.' Esses pensamentos

fizeram com que se sentisse magoada e brava, mas você não lhe disse nada em resposta [comportamento]... Eu entendi bem?" Se a sua conceituação for correta, o paciente invariavelmente diz: "Sim, acho que está certo". Se você estiver errado, o paciente em geral diz: "Não, não é exatamente assim. É mais como...". Solicitar o *feedback* do paciente fortalece a aliança e permite que você o conceitue com mais precisão e conduza um tratamento efetivo.

Tomando Decisões Colaborativamente

Ao mesmo tempo que guia o paciente durante as sessões, você também vai estimular ativamente a participação dele. Vai ajudá-lo a priorizar os problemas para os quais ele deseja ajuda na solução durante uma sessão. Você apresentará justificativas racionais para as intervenções e solicitará a aprovação dele ("Eu acho que seu estresse poderá ser reduzido se você descansar de vez em quando durante o dia – tudo bem se conversarmos sobre isso?"). Pode sugerir algumas atividades de autoajuda que ele possa experimentar em casa e conversar sobre a reação dele a esse experimento. Vocês agem constantemente como uma equipe.

Buscando Feedback

Você vai estar constantemente alerta às reações emocionais do seu paciente durante a sessão, observando suas expressões faciais, linguagem corporal, escolha das palavras e tom de voz. Quando reconhecer que o paciente está vivenciando um aumento na angústia, você fará referência a isso na hora: "Você parece angustiado. O que estava passando pela sua cabeça?". Você descobrirá que o paciente expressa pensamentos negativos sobre si mesmo, sobre o processo terapêutico ou sobre você. Conforme descrito no Capítulo 8, é importante reforçar o paciente positivamente por lhe dar *feedback*, depois conceituar o problema e planejar uma estratégia para resolvê-lo. A falha em identificar e dar atenção ao *feedback* negativo do paciente reduz a capacidade dele para focar na solução das suas dificuldades na vida real e sentir-se melhor. Ele poderá até mesmo decidir não retornar à terapia na semana seguinte. (Veja J. S. Beck, 2005, para uma discussão mais ampla da solução de problemas na relação terapêutica.)

Mesmo quando identificar que a sua aliança com o paciente é forte, ainda assim você vai solicitar seu *feedback* no final das sessões: "O que você achou da sessão? Houve alguma coisa que o aborreceu ou

que acha que eu entendi errado? Existe alguma coisa que você quer fazer de forma diferente da próxima vez?". Fazer essas perguntas poderá fortalecer a aliança significativamente. Talvez você seja o primeiro profissional da saúde ou de saúde mental que tenha solicitado um *feedback* ao paciente. Eles geralmente se sentem honrados e respeitados com o seu interesse genuíno pelas suas reações.

Variando o Seu Estilo

A maioria dos pacientes vai lhe responder de maneira positiva quando você for atencioso, empático e interessado. Entretanto, ocasionalmente algum poderá ter uma reação negativa. Por exemplo, um paciente poderá percebê-lo como excessivamente interessado ou "sensível" demais. A observação das reações emocionais do paciente na sessão poderá lhe alertar para fazer perguntas de modo a expor problemas como esse, para que possa mudar a forma como se coloca e ajudar o paciente a se sentir mais confortável ao trabalhar com você.

Ajudando o Paciente a Aliviar a Angústia

Uma das melhores maneiras de fortalecer a relação terapêutica é sendo um terapeuta cognitivo-comportamental eficiente e competente. Pesquisas demonstraram que a aliança se fortalece quando a sintomatologia do paciente diminui (DeRubeis e Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis e Gelfand, 1999).

Em geral, você vai gastar tempo suficiente para desenvolver a relação terapêutica e engajar o paciente para trabalhar em equipe com você de forma efetiva e usará a aliança terapêutica para apresentar a ele evidências de que suas crenças nucleares são incorretas. Se a aliança for sólida, você estará evitando a perda desnecessária de tempo e poderá maximizar o tempo a ser gasto ajudando o paciente a resolver os problemas que irá enfrentar na semana seguinte. Alguns pacientes, particularmente aqueles com transtorno da personalidade, requerem uma ênfase muito maior na relação terapêutica e estratégias avançadas para forjar uma boa aliança de trabalho (Beck, Freeman, Davis et al., 2004; J. S. Beck, 2005; Young, 1999).

PLANEJANDO O TRATAMENTO E ESTRUTURANDO AS SESSÕES

Um dos objetivos principais do tratamento é tornar o processo da terapia compreensível para você e para o paciente. Você tentará conduzir a terapia da forma mais eficiente possível, de modo que possa aliviar o sofrimento do paciente o mais rápido possível. A adesão a um formato padrão (bem como ensinar ao paciente as ferramentas da terapia) facilita esses objetivos. No entanto, conforme observado anteriormente, você não vai realizar o tratamento de forma mecânica ou impessoal – se fizesse isso, não seria muito eficiente.

A maioria dos pacientes se sente mais confortável quando sabe o que esperar da terapia, quando entendem claramente o que você quer que eles façam, quando eles sentem que vocês formam um time e quando têm uma ideia concreta de como a terapia terá prosseguimento, tanto dentro da sessão quanto durante o curso do tratamento. Você vai maximizar a compreensão que o paciente tem do tratamento, explicando a estrutura geral das sessões e depois aderindo (flexivelmente, às vezes) a essa estrutura.

Você começará a planejar o tratamento da sessão antes que o paciente entre no seu consultório. Você vai examinar rapidamente o quadro dele, especialmente seus objetivos para o tratamento, as anotações terapêuticas e os exercícios de casa prescritos na(s) sessão(ões) anterior(es). Conforme observado anteriormente, assim vai obter uma ideia geral de como pretende estruturar a sessão. O objetivo terapêutico mais amplo é melhorar o humor do paciente durante a sessão e criar um plano para que ele se sinta melhor e aja de maneira mais funcional durante a semana. O que vai ser feito especificamente na sessão será influenciado pelos sintomas do paciente, sua conceituação, a qualidade da aliança terapêutica, o estágio do tratamento e especialmente os problemas que ele coloca na pauta.

O seu objetivo durante a primeira parte de uma sessão é restabelecer a aliança terapêutica e coletar dados para que você e o paciente possam colaborativamente definir e priorizar os itens da pauta. Na segunda parte de uma sessão, você e o paciente vão discutir os problemas que estão na pauta. No contexto da solução desses problemas, você ensinará ao paciente relevantes habilidades cognitivas, comportamentais, de solução de problemas e outras. Você estará continuamente reforçando o modelo cognitivo, ajudando o paciente a avaliar e responder aos seus pensamentos automáticos, resolvendo problemas e pedindo-lhe para resumir os seus novos

entendimentos.

Esses tipos de discussões e intervenções levam naturalmente à prescrição de exercícios de casa, o que em geral envolve fazer o paciente se lembrar da sua forma nova e mais realista de pensar sobre o problema e colocar em prática soluções durante a semana. Um exercício de casa constante é fazer o paciente identificar e responder ao seu pensamento disfuncional durante a semana, sempre que ele observar que seu humor está piorando, que ele está se comportando de um modo disfuncional e/ou estiver sentindo ativação fisiológica significativa.

Na parte final da sessão, você perguntará ao paciente quais pontos ele achou mais importantes na sessão, assegurando-se de que essas ideias sejam anotadas, examinando (e modificando, se necessário) o exercício de casa prescrito e estimulando e respondendo ao *feedback* do paciente sobre a sessão. Embora os terapeutas cognitivo-comportamentais por vezes se desviem mais desse formato, os terapeutas iniciantes são geralmente mais efetivos quando seguem a estrutura especificada. Descrições mais detalhadas da estrutura das sessões terapêuticas aparecem nos Capítulos 5, 7 e 8.

Para estruturar as sessões de modo eficaz, você precisará interromper *delicadamente* o paciente: “Posso interrompê-lo por um momento? Você está dizendo...?”. A interrupção estratégica e habilidosa do paciente está ilustrada em capítulos posteriores. Se inicialmente você se sentir um pouco desajeitado com uma sessão estruturada mais firmemente, é provável que descubra que o processo gradualmente se torna natural, em especial quando você observa os resultados positivos.

IDENTIFICANDO E RESPONDENDO ÀS COGNIÇÕES DISFUNCIONAIS

Um aspecto importante de quase todas as sessões terapêuticas é ajudar o paciente a responder às suas ideias inexatas ou inúteis: seus pensamentos automáticos, imagens (quadros mentais) e/ou crenças subjacentes. Você pode identificar os pensamentos automáticos importantes de várias formas (veja o Capítulo 9), mas geralmente será por meio de uma pergunta básica quando o paciente estiver relatando uma situação angustiante, uma emoção ou um comportamento disfuncional:

> **"O que está passando pela sua cabeça agora?"**

A seguir, você vai ajudar o paciente a avaliar seu pensamento principalmente por meio de dois modos:

- Você vai se engajar em um processo de *descoberta guiada* para ajudar o paciente a desenvolver uma perspectiva mais adaptativa e baseada na realidade.
- Você vai criar, em conjunto, *experimentos comportamentais* para testar as previsões do paciente, sempre que for viável.

Descoberta Guiada

Geralmente durante a discussão de um problema, você evoca as cognições do paciente (pensamentos automáticos, imagens e/ou crenças). Constantemente, você vai averiguar qual cognição ou cognições são mais perturbadoras para o paciente, depois lhe fará uma série de perguntas para ajudá-lo a olhar com distanciamento (isto é, encarar suas cognições como ideias, não necessariamente como verdades), irá avaliar a validade e utilidade das cognições e/ou descatastrofizar seus medos. Perguntas como as seguintes, em geral, são úteis:

> "Quais as evidências de que o seu pensamento é verdadeiro? Quais as evidências em contrário?"

"Qual seria uma forma alternativa de encarar esta situação?"
"O que de pior poderia acontecer e como você lidaria com isso? O que de melhor poderia acontecer? Qual é o resultado mais realista desta situação?"
"Qual o efeito de acreditar no seu pensamento automático e qual seria o efeito de mudá-lo?"
"Se o [seu amigo ou familiar] estivesse nesta situação e tivesse o mesmo pensamento automático, que conselho você lhe daria?"
"O que devemos fazer?"

Conforme descrito no Capítulo 11, nem todas essas perguntas se aplicam a todos os pensamentos automáticos, e com frequência você irá usar uma linha de questionamento diferente. Mas essas perguntas são um guia útil e estão ilustradas na transcrição a seguir, extraída da quarta sessão de Sally. Eu ajudo Sally a detalhar um problema que é importante para ela, a identificar e avaliar uma ideia disfuncional associada, criar um plano razoável e avaliar a eficácia da intervenção.

TERAPEUTA: Ok, Sally, você disse que queria falar sobre um problema de encontrar um emprego de meio turno?

PACIENTE: É, eu preciso de dinheiro... mas eu não sei.

TERAPEUTA: (*observando que Sally parece mais disfórica*) O que está passando pela sua cabeça agora?

PACIENTE: [pensamento automático] Eu não vou conseguir dar conta de um emprego.

TERAPEUTA: [rotulando sua ideia como um pensamento e vinculando-a ao seu humor] E como esse pensamento faz você se sentir?

PACIENTE: [emoção] Triste. Pra baixo, mesmo.

TERAPEUTA: [começando a avaliar o pensamento] Quais as evidências de que você não será capaz de trabalhar?

PACIENTE: Bem, eu estou tendo problemas em acompanhar as aulas.

TERAPEUTA: Ok, o que mais?

PACIENTE: Eu não sei... Eu estou tão cansada. Para mim já é difícil até mesmo *procurar* um emprego, que dirá ir trabalhar todos os dias.

TERAPEUTA: Em um minuto examinaremos isso. [sugerindo uma visão alternativa] Talvez na verdade seja mais difícil para você neste momento sair e *procurar* empregos do que seria se você fosse para um emprego que já tivesse. De qualquer forma, existe alguma outra evidência de que você não daria conta de um trabalho, considerando-se que conseguisse um?

PACIENTE: ...Não, não que eu consiga lembrar.

TERAPEUTA: Alguma evidência do contrário? De que *talvez* você conseguisse dar conta de um emprego?

PACIENTE: Bem, eu trabalhei no ano passado. E foi no auge do período escolar e outras atividades. Mas este ano... eu simplesmente não sei.

TERAPEUTA: Alguma outra evidência de que você conseguiria dar conta de um emprego?

PACIENTE: Eu não sei... É possível que eu conseguisse fazer alguma coisa que não tome muito tempo. E que não seja muito difícil.

TERAPEUTA: E o que seria isso?

PACIENTE: Um trabalho de balconista, talvez. Eu fiz isso no ano passado.

TERAPEUTA: Alguma ideia de onde você poderia trabalhar?

PACIENTE: Na verdade, talvez na livraria [da universidade]. Eu vi um aviso de que estão procurando novos funcionários.

TERAPEUTA: Ok. E o que seria a *pior* coisa que poderia acontecer se você conseguisse um emprego na livraria?

PACIENTE: Acho que seria se eu não conseguisse realizar o trabalho.

TERAPEUTA: E se isso acontecesse, como você lidaria com isso?

PACIENTE: Acho que eu simplesmente desistiria.

TERAPEUTA: E qual seria a *melhor* coisa que poderia acontecer?

PACIENTE: Hum... que eu conseguisse fazer tudo com facilidade.

TERAPEUTA: E qual é o resultado mais *realista*?

PACIENTE: Provavelmente não vai ser fácil, especialmente no começo. Mas eu poderia conseguir.

TERAPEUTA: Sally, qual o efeito de acreditar no seu pensamento: “Eu não vou conseguir dar conta de um emprego”?

PACIENTE: Faz com que eu me sinta triste... Faz com que eu nem mesmo tente.

TERAPEUTA: E qual é o efeito de mudar o seu pensamento, de dar-se conta de que possivelmente você poderia trabalhar na livraria?

PACIENTE: Eu me sentiria melhor. Seria mais provável que eu me candidatasse ao emprego.

TERAPEUTA: Então o que você quer fazer a respeito?

PACIENTE: Ir até a livraria. Eu poderia ir hoje à tarde.

TERAPEUTA: Qual a probabilidade de você ir?

PACIENTE: Ah... eu acho que vou. Eu vou, sim.

TERAPEUTA: E como você se sente agora?

PACIENTE: Um pouco melhor. Um pouco mais nervosa, talvez. Mas com um pouco mais de esperança, eu acho.

Sally consegue identificar e avaliar facilmente o seu pensamento disfuncional, “Eu não vou conseguir dar conta de um emprego”, com perguntas padrão. No entanto, muitos pacientes podem precisar de muito mais esforço terapêutico antes de se disporem a dar seguimento ao trabalho comportamental. Se Sally tivesse hesitado, eu poderia ter lhe pedido para resumir o que discutimos, e depois montaríamos em conjunto um cartão de enfrentamento baseado no seu resumo, o qual poderia dizer algo como:

Se eu evitar ir à livraria, devo me lembrar de que provavelmente conseguiria dar conta de um trabalho lá e que sempre poderia desistir, caso não desse certo. Isso não é um grande problema.

Experimentos Comportamentais

Sempre que possível, você vai planejar colaborativamente experimentos que o paciente possa realizar durante a própria sessão (como também entre as sessões). A discussão da validade das ideias do paciente, conforme descrito, poderá ajudá-lo a mudar seu pensamento, mas a mudança pode ser significativamente mais profunda se a cognição for sujeitada a um teste comportamental, isto é, se o paciente puder ter uma experiência que refute sua validade (Bennett-Levy et al., 2004). As cognições adequadas geralmente estão vinculadas a previsões negativas do paciente. Um paciente deprimido, por exemplo, poderia ter o pensamento automático: “Se eu tentar ler alguma coisa, não vou conseguir me concentrar o suficiente para entender”. Você poderia pedir ao paciente para ler uma passagem curta de um livro no consultório para ver até que ponto o pensamento dele é válido. Um paciente ansioso poderá expressar o pensamento: “Se eu lhe contar sobre o abuso, vou ficar perturbado, vou desmoronar”, ou “Se eu ficar

ansioso e o meu coração começar a acelerar, eu vou ter um ataque cardíaco". Vocês irão planejar colaborativamente experimentos que testem esse tipo de ideias.

No início do tratamento, você geralmente vai colocar o foco nos pensamentos específicos para algumas situações, os quais costumam ser suscetíveis à mudança. Já na metade da terapia, você vai continuar trabalhando em nível de pensamentos automáticos, mas também vai focar na modificação das cognições mais generalizadas do paciente: seus pressupostos subjacentes e crenças nucleares. (Esses vários níveis de cognição são descritos em detalhes no próximo capítulo.) O tratamento continua, idealmente, até que os transtornos do paciente estejam em remissão e ele tenha aprendido as habilidades necessárias para prevenir uma recaída.

ENFATIZANDO O POSITIVO

A maioria dos pacientes, especialmente aqueles com depressão, tende a focar indevidamente nos aspectos negativos. Quando estão em estado depressivo, eles direcionam sua atenção automática e seletivamente (i. e., sem terem consciência disso), além de colocarem grande ênfase na experiência negativa, e então desconsideram ou não conseguem reconhecer uma experiência mais positiva. Sua dificuldade em processar dados positivos de forma simples leva-nos a desenvolver um senso distorcido da realidade. Para contrabalançar essa característica da depressão, você vai ajudar o paciente a continuamente prestar atenção no positivo.

Na avaliação, você vai tentar trazer à tona os pontos fortes do paciente ("Quais são alguns dos seus pontos fortes e qualidades?"). A partir da primeira sessão, você vai resgatar os dados positivos da semana anterior ("Que coisas positivas aconteceram desde que nos vimos pela última vez? Que coisas positivas você fez?"). Você vai orientar as sessões em direção aos aspectos positivos, ajudando o paciente a ter uma semana melhor. Você vai usar a aliança terapêutica para demonstrar que vê o paciente como um ser humano que tem valor ("Eu acho ótimo que você tenha falado com o professor [da criança que você está acompanhando] para ver se ele poderia ajudar mais"). Você vai perguntar ao paciente sobre dados que sejam contrários aos seus pensamentos automáticos e crenças negativas ("Quais são as evidências [positivas] de que talvez o seu pensamento automático não seja verdade?").

Você vai assinalar os dados positivos que ouvir enquanto o paciente discute os problemas e vai perguntar o que esses dados significam para ele ("O que isto diz sobre você, o fato de ter conseguido o trabalho na livraria?"). Você vai estar alerta e assinalar em voz alta os exemplos de enfrentamento positivo aos quais o paciente possa aludir durante a sessão ("Que boa ideia, resolver o problema pedindo que Allison estude com você"). Você irá definir colaborativamente com o paciente os exercícios de casa para facilitar que ele experimente um senso de prazer e realização. Os métodos de conceituação e incorporação dos pontos fortes do paciente, bem como a construção da resiliência, estão descritos em Kuyken e colaboradores (2009).

FACILITANDO A MUDANÇA COGNITIVA E COMPORTAMENTAL ENTRE AS SESSÕES (EXERCÍCIOS DE CASA)

Um objetivo importante do tratamento é ajudar o paciente a se sentir melhor ao fim de cada sessão e deixá-lo em condições de ter uma semana melhor. Para atingir esse objetivo, você irá:

- Ajudar o paciente a avaliar e responder aos pensamentos automáticos que ele provavelmente vai ter entre as sessões.
- Ajudar o paciente a pensar em soluções para seus problemas para colocá-los em prática durante a semana.
- Ensinar ao paciente novas habilidades a serem praticadas durante a semana.

Como o paciente tende a esquecer muita coisa do que ocorre nas sessões terapêuticas, é importante que tudo o que você quiser que ele lembre seja registrado de modo que ele possa examinar em casa. Você ou ele deve anotar os seus exercícios de autoajuda em um caderno da terapia (do qual você poderá fazer uma cópia e anexar às suas anotações do tratamento) ou em papel carbonado (disponível em lojas de suprimentos para escritório). Os exercícios de casa geralmente consistem em:

- Mudanças comportamentais em consequência da solução de problemas e/ou treinamento de habilidades na sessão (p. ex., um problema de isolamento poderia levar à solução comportamental de ligar para os amigos; um problema de sentir-se sobrecarregado no trabalho poderia levar a que o paciente discutisse a dificuldade assertivamente com um supervisor).
- Identificação de pensamentos automáticos e crenças quando o paciente observa uma mudança disfuncional no afeto, comportamento ou fisiologia, e depois a avaliação e resposta às suas cognições por meio do questionamento socrático, experimentos comportamentais e/ou leitura das anotações da terapia para abordar essas cognições. Por exemplo:

Se eu começar a pensar que não consigo limpar a cozinha, devo me lembrar de que vou fazer isso só por 10 minutos, que poderá ser difícil, mas provavelmente não será impossível, e que os primeiros minutos serão os mais difíceis, e depois provavelmente vai ficar mais fácil.

Os exercícios de casa surgem naturalmente a partir da discussão de cada problema, porque assim o paciente terá coisas para relembrar (mudanças na cognição) e/ou coisas para fazer. É de suma importância planejar cuidadosamente as prescrições dos exercícios de casa, adaptando-os ao paciente com base na sua conceituação do que mais irá ajudar, juntamente com a concordância deste. Também é essencial examinar os exercícios de casa na semana seguinte. Um exercício de casa inicial importante para os pacientes com depressão é o agendamento de atividades. Veja o Capítulo 6 para uma descrição detalhada do agendamento de atividades e o Capítulo 17 para orientações detalhadas para a prescrição e revisão dos exercícios de casa.

Capítulo 3

CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

Uma conceituação cognitiva dá o enquadramento para compreender o paciente. Para dar início ao processo de formulação de um caso, você vai se fazer as seguintes perguntas:

"Qual é o diagnóstico do paciente?"
"Quais são seus problemas atuais? Como esses problemas se desenvolveram e como são mantidos?"
"Que pensamentos disfuncionais e crenças estão associados aos problemas? Que reações (emocionais, fisiológicas e comportamentais) estão associadas a esses pensamentos?"

A seguir, você irá formular hipóteses de como o paciente desenvolveu esse transtorno psicológico em particular:

"Como o paciente vê a si mesmo, os outros, seu mundo pessoal e o seu futuro?"
"Quais são as crenças subjacentes do paciente (incluindo atitudes, expectativas e regras) e pensamentos?"
"Como o paciente está enfrentando suas cognições disfuncionais?"
"Que estressores (precipitantes) contribuíram para o desenvolvimento dos seus problemas psicológicos atuais ou interferem na resolução desses problemas?"
"Se relevante, que experiências anteriores podem ter contribuído para os problemas atuais do paciente? Que significado o paciente extraiu dessas experiências e que crenças se originaram delas ou

foram fortalecidas por essas experiências?"

"Se relevante, que mecanismos cognitivos, afetivos e comportamentais (adaptativos ou desadaptativos) o paciente desenvolveu para enfrentar essas crenças disfuncionais?"

Você começa a construir uma conceituação cognitiva durante o primeiro contato com o paciente e continua a aprimorar sua conceituação ao longo de todo o tratamento. Esta formulação orgânica, em desenvolvimento, lhe ajuda a planejar uma terapia eficiente e efetiva (Kuyken et al., 2009; Needleman, 1999; Persons, 2008; Tarrier, 2006). Neste capítulo descrevo o modelo cognitivo, o fundamento teórico da terapia cognitivo-comportamental. Posteriormente, discuto a relação entre pensamentos e crenças e apresento como exemplo o caso de Sally, usado ao longo de todo este livro.

O MODELO COGNITIVO

A terapia cognitivo-comportamental está baseada no *modelo cognitivo*, o qual parte da hipótese de que as emoções, os comportamentos e a fisiologia de uma pessoa são influenciados pelas percepções que ela tem dos eventos.

Situação/evento
↓
Pensamentos automáticos
↓
Reação (emocional, comportamental, fisiológica)

Não é a situação em si que determina o que a pessoa sente, mas como ela *interpreta* uma situação (Beck, 1964; Ellis, 1962). Imagine, por exemplo, uma situação em que várias pessoas estão lendo um texto básico sobre terapia cognitivo-comportamental. Elas têm respostas emocionais e comportamentais bem diferentes à mesma situação, com base no que está se passando em suas mentes enquanto leem.

O leitor A pensa: "Isso realmente faz sentido. Finalmente um livro que vai realmente me ensinar a ser um bom terapeuta!". O leitor A se sente animado e continua a leitura.

Já o leitor B pensa: "Esta abordagem é muito simplista. Nunca vai funcionar". O leitor B se sente desapontado e fecha o livro.

O leitor C tem os seguintes pensamentos: "Este livro não é o que eu esperava. Que desperdício de dinheiro". O leitor C está desgostoso e descarta completamente o livro.

O leitor D pensa: "Eu realmente preciso aprender tudo isso. E se eu não conseguir entender? E se eu nunca for bom nisso?". O leitor D se sente ansioso e continua lendo as mesmas poucas páginas repetidamente.

O leitor E tem pensamentos diferentes: "Isto é muito difícil. Eu sou tão burro. Eu nunca vou entender isso. Eu nunca vou conseguir ser um terapeuta". O leitor E sente-se triste e liga a televisão.

A forma como as pessoas se sentem emocionalmente e a forma como se comportam estão associadas a como elas interpretam e pensam a respeito da situação. *A situação em si não determina diretamente como elas se sentem ou o que fazem*; a sua resposta emocional é mediada pela percepção da situação. Os terapeutas cognitivo-comportamentais estão particularmente interessados no nível de pensamento que pode operar simultaneamente com um pensamento mais óbvio, de nível mais superficial.

Por exemplo, enquanto você está lendo este livro, poderá notar dois níveis no seu pensar. Parte da sua mente está focando nas informações lidas; ou seja, você está tentando entender e integrar as informações. Em outro nível, contudo, você poderá estar tendo alguns pensamentos rápidos e avaliativos. Esses pensamentos são chamados *pensamentos automáticos* e não são resultantes de deliberação ou raciocínio. Ao contrário, esses pensamentos parecem surgir espontaneamente; eles geralmente são muito rápidos e breves. Você pode quase nem perceber esses pensamentos; é muito mais provável que esteja consciente da emoção ou do comportamento que se segue. Mesmo que você esteja consciente dos seus pensamentos, é mais provável que os aceite sem nenhuma crítica, acreditando que eles são verdadeiros. Você nem mesmo pensa em questioná-los. Entretanto, poderá aprender a identificar seus pensamentos automáticos, dando atenção às mudanças no seu afeto, comportamento e/ou fisiologia. Pergunte-se "O que estava passando pela minha cabeça?" quando:

- Você começa a se sentir disfórico.
- Você se sente inclinado a se comportar de uma maneira disfuncional (ou a evitar se comportar de uma maneira adaptativa).
- Você observa mudanças angustiantes em seu corpo ou mente.

Depois de identificar seus pensamentos automáticos, você poderá, e provavelmente o fará até certo ponto, avaliar a validade do seu pensamento. Por exemplo, se você tem muita coisa a fazer, poderá ter o pensamento automático: "Eu nunca vou conseguir terminar tudo". Mas você pode fazer um teste automático da realidade, relembrando experiências passadas e lembrando a si mesmo: "Está tudo bem. Você sabe que sempre consegue fazer o que precisa". Quando você acha que a sua interpretação de uma situação é errônea e a corrige, provavelmente descobrirá que o seu humor melhora, que você se comporta de maneira mais funcional e/ou suas reações fisiológicas diminuem. Em termos cognitivos, quando pensamentos disfuncionais são sujeitos à reflexão objetiva, as emoções, o comportamento e a

reação fisiológica do sujeito geralmente se modificam. O Capítulo 11 apresenta orientações específicas sobre como avaliar pensamentos automáticos.

Mas de onde surgem os pensamentos automáticos? O que faz uma pessoa interpretar uma situação de modo diferente de outra? Por que a mesma pessoa pode interpretar um evento idêntico de uma forma diferente de outra vez? A resposta tem a ver com fenômenos cognitivos mais permanentes: as crenças.

CRENÇAS

No começo da infância, as crianças desenvolvem determinadas ideias sobre si mesmas, sobre as outras pessoas e o seu mundo. As suas crenças mais centrais, ou *crenças nucleares,* são compreensões duradouras tão fundamentais e profundas que frequentemente não são articuladas nem para si mesmo. A pessoa considera essas ideias como verdades absolutas – é como as coisas "são" (Beck, 1987). Por exemplo, o Leitor E, que se achou não inteligente para entender este livro, frequentemente tem uma preocupação similar quando tem que se envolver em uma nova tarefa (p. ex., aprender uma habilidade nova no computador, descobrir como montar uma estante de livros ou pedir um empréstimo bancário). Ele parece ter a crença nuclear: "Eu sou incompetente". Pode ser que essa crença opere somente quando ele está em um estado depressivo, ou pode ser ativada a maior parte do tempo. Quando essa crença nuclear é ativada, o Leitor E interpreta as situações por meio das lentes da sua crença, mesmo que a interpretação racional seja evidentemente inválida.

O Leitor E tende a focar seletivamente nas informações que confirmam sua crença nuclear, desconsiderando ou desvalorizando informações contrárias. Por exemplo, ele não considerou que outras pessoas inteligentes e competentes poderiam não entender completamente o material na sua primeira leitura, nem levou em consideração a possibilidade de que a autora não tivesse apresentado o material adequadamente. Ele não reconheceu que a sua dificuldade na compreensão poderia ser devida à falta de concentração, em vez de falta de capacidade mental. Ele esqueceu que frequentemente tinha dificuldades iniciais quando apresentado a um conjunto de informações novas, mas que depois tinha um bom domínio sobre o assunto. Como foi ativada a sua crença de incompetência, ele automaticamente interpretou a situação de forma altamente negativa e autocrítica. Assim, sua crença é mantida, mesmo sendo incorreta e disfuncional. É importante observar que não é propositalmente que ele está tentando processar as informações dessa forma; isso ocorre de maneira automática.

A Figura 3.1 ilustra essa forma distorcida de processar a informação. O círculo com uma abertura retangular representa o esquema cognitivo do Leitor E. Em termos piagetianos, o esquema é uma estrutura mental hipotética que organiza as informações. Dentro desse esquema, a crença nuclear do Leitor E é: "Eu sou incompetente". Quando ele é apresentado a dados negativos, esse esquema é ativado,

e os dados contidos nos retângulos negativos são imediatamente processados como confirmação dessa crença nuclear, o que deixa a crença ainda mais forte.

Entretanto, ocorre um processo diferente quando o Leitor E é apresentado a dados positivos (tais como analisar qual plano de saúde seria o melhor para sua família). Os dados positivos estão representados nos triângulos positivos equivalentes, os quais não se encaixam no esquema. A mente dele desconsidera os dados automaticamente ("Eu escolhi um plano de saúde, *mas* levei muito tempo."). Quando seu chefe o elogiou, ele imediatamente pensou: "O meu chefe está enganado. Eu não fiz bem aquele projeto. Eu não merecia isso [o elogio]". Essas interpretações, em essência, mudam o formato dos dados dos triângulos positivos para os retângulos negativos. Agora os dados se encaixam no esquema e, em consequência, fortalecem a crença nuclear negativa.

Também existem dados positivos que o Leitor E simplesmente não percebe. Ele não nega algumas evidências de competência, como pagar suas contas dentro do prazo ou consertar algum problema no encanamento. Contudo, parece que ele não processa os dados positivos; ele os exclui do esquema. Com o passar do tempo, a crença nuclear de incompetência do Leitor E torna-se cada vez mais forte.

Sally também tem uma crença nuclear de incompetência. Felizmente, quando não está deprimida, um sistema diferente é ativado (que contém a crença nuclear: "Eu sou razoavelmente competente") em boa parte do tempo, mas não sempre. No entanto, quando está deprimida, predomina o esquema de incompetência. Uma parte importante da terapia é ajudar Sally a encarar os dados negativos de modo mais realista e adaptativo. Outra parte importante da terapia é ajudá-la a identificar e processar os dados positivos de forma clara e direta.

As *crenças nucleares* são o nível mais fundamental da crença; elas são globais, rígidas e supergeneralizadas. Os *pensamentos automáticos,* as palavras ou imagens que passam pela mente da pessoa, são específicos para as situações e podem ser considerados como o nível mais superficial de cognição. A próxima seção descreve a classe de *crenças intermediárias* que existe entre os dois.

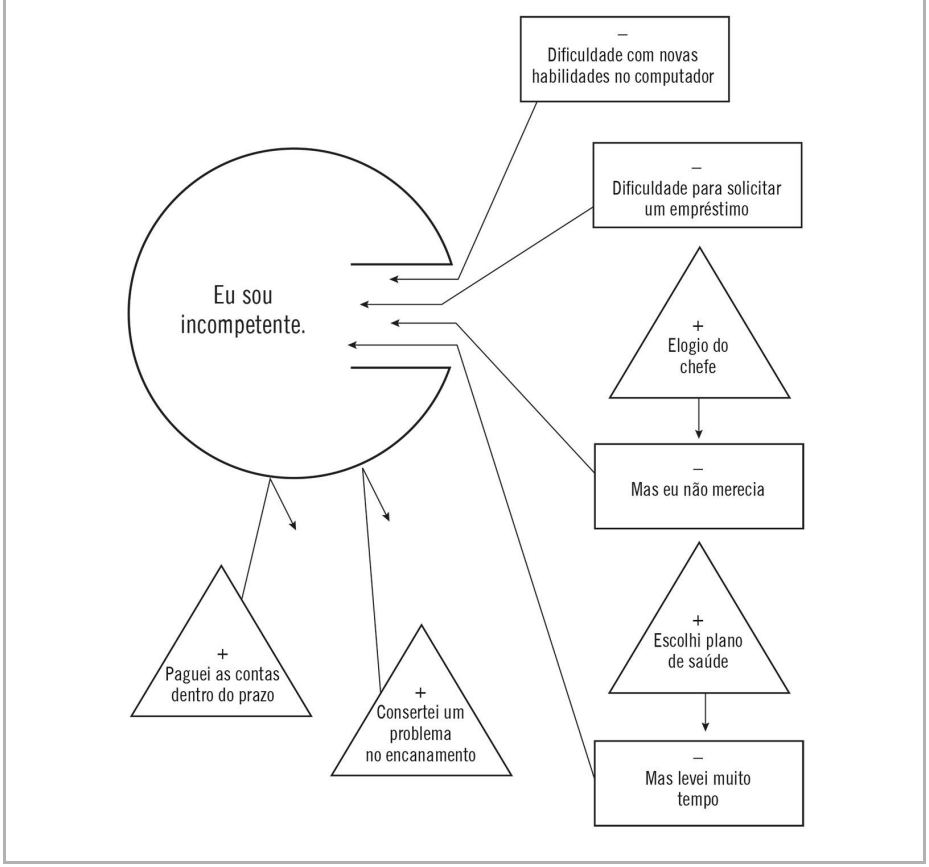


FIGURA 3.1. Modelo de Processamento da Informação. Esse diagrama demonstra como os dados negativos são processados imediatamente, fortalecendo a crença nuclear, enquanto os dados positivos são desconsiderados (transformados em dados negativos) ou não percebidos.

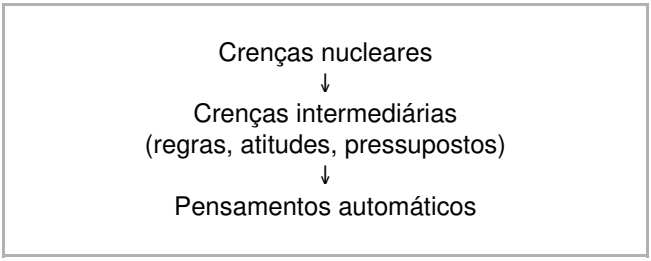
Atitudes, Regras e Pressupostos

As crenças nucleares influenciam o desenvolvimento de uma classe intermediária de crenças, que são as atitudes, as regras e os pressupostos (frequentemente não articulados). O Leitor E, por exemplo, tinha as seguintes crenças intermediárias:

Atitude: "É terrível falhar."
Regra: "Desistir se um desafio parece muito grande."
Pressupostos: "Se eu tentar fazer alguma coisa difícil, vou falhar. Se eu evitar fazer, ficarei bem."

Essas crenças influenciam a sua visão da situação, que, por sua

vez, influencia como ele pensa, sente e se comporta. A relação entre essas crenças intermediárias e os pensamentos automáticos é descrita abaixo:



Como surgem as crenças nucleares e as crenças intermediárias? Desde os primeiros estágios do desenvolvimento, as pessoas tentam entender seu ambiente. Elas precisam organizar sua experiência de forma coerente para que possam funcionar adaptativamente (Rosen, 1988). Suas interações com o mundo e as outras pessoas, influenciadas pela sua predisposição genética, conduzem a determinados entendimentos: suas crenças, as quais podem variar na sua acurácia e funcionalidade. Um aspecto muito significativo para o terapeuta cognitivo-comportamental é que as crenças disfuncionais podem ser desaprendidas, e novas crenças baseadas na realidade e mais funcionais podem ser desenvolvidas e fortalecidas durante o tratamento.

A maneira mais rápida de ajudar o paciente a se sentir melhor e a se comportar mais adaptativamente é facilitar a modificação direta das suas crenças nucleares o mais rápido possível, porque, depois que faz isso, o paciente tende a interpretar situações ou problemas futuros de maneira mais construtiva. É possível realizarem-se modificações no início do tratamento com pacientes que têm depressão não complicada e que reuníam crenças razoáveis e adaptativas sobre si mesmos antes do início do seu transtorno. Entretanto, quando as crenças do paciente estão arraigadas, você pode perder a credibilidade e colocar a aliança terapêutica em risco se questionar muito precocemente a validade das suas crenças nucleares.

O curso habitual da terapia cognitivo-comportamental, portanto, envolve uma ênfase inicial na identificação e modificação de pensamentos automáticos que derivam das crenças nucleares (e em intervenções que modifiquem indiretamente as crenças nucleares). O terapeuta ensina o paciente a identificar essas cognições que estão mais próximas da consciência e a ter distanciamento delas ao aprender que:

- Só porque ele acredita em uma determinada coisa não significa

necessariamente que ela seja verdade.

• Mudar seu pensamento, para que seja mais útil e baseado na realidade, ajuda-o a se sentir melhor e a progredir em direção aos seus objetivos.

Será mais fácil para o paciente reconhecer a distorção em seus pensamentos específicos do que a sua compreensão mais ampla de si mesmo, de seu mundo e dos outros. Entretanto, por meio de repetidas experiências nas quais ele obtém alívio ao trabalhar no nível mais superficial de cognição, o paciente fica mais aberto à avaliação das crenças que estão subjacentes ao seu pensamento disfuncional. As crenças relevantes de nível intermediário e as crenças nucleares são avaliadas de várias maneiras e posteriormente modificadas para que também mudem as percepções do paciente e suas conclusões sobre os eventos. Essa modificação mais profunda das crenças mais fundamentais diminui a probabilidade de recaída (Evans et al., 1992; Hollon, DeRubeis e Seligman, 1992).

RELAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTO E PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

A hierarquia da cognição, como já foi explicado até agora, pode ser ilustrada como segue:

Crenças nucleares
↓
Pensamentos intermediários (regras, atitudes, pressupostos)
↓
Situação
↓
Pensamentos automáticos
↓
Reação (emocional, comportamental, fisiológica)

Em uma situação específica, as crenças subjacentes influenciam a percepção da pessoa, que é expressa pelos pensamentos automáticos em situações específicas. Esses pensamentos, por sua vez, influenciam a reação emocional, comportamental e fisiológica. A Figura 3.2 ilustra a conceituação cognitiva do Leitor E nessa situação particular, mostrando como suas crenças influenciam seus pensamentos, que, por sua vez, influenciam sua reação.

Crença nuclear: "*Eu sou incompetente***."**
↓
Crenças intermediárias
Atitude: "É terrível falhar."
Regra: "Eu devo desistir se um desafio parecer muito grande."
Pressupostos: "Se eu tentar fazer alguma coisa difícil, vou falhar. Se eu evitar fazer, vou ficar bem."
↓
Situação: Leitura de um novo texto
↓
Pensamentos automáticos: "Isto é muito difícil. Eu sou tão burro. Eu nunca vou entender isso. Eu nunca vou me sair bem como terapeuta."
↓

Reação

Emocional: Desânimo

Fisiológica: Peso no corpo

Comportamental: Evita as tarefas e, em vez disso, vai assistir à televisão.

FIGURA 3.2. Conceituação Cognitiva do Leitor E.

Observe que, se o Leitor E conseguisse *avaliar* seu pensamento, suas emoções, fisiologia e comportamento teriam sido afetados positivamente. Por exemplo, ele poderia ter respondido aos seus pensamentos dizendo: "Isto pode ser difícil, mas não é necessariamente impossível. Eu já consegui entender esse tipo de livro antes. Se eu persistir, provavelmente vou entender melhor". Se tivesse respondido assim, ele teria reduzido sua tristeza e continuaria lendo.

Para resumir, esse leitor se sentiu desencorajado devido aos seus pensamentos em uma situação particular. Por que ele teve esses pensamentos, enquanto outro leitor não teve? As crenças nucleares não articuladas sobre sua incompetência influenciaram a sua percepção da situação.

Um Modelo Cognitivo Mais Complexo

É importante observar que a sequência da percepção de situações que levam aos pensamentos automáticos que então influenciam a reação da pessoa é por vezes uma supersimplificação. Pensamento, humor, comportamento, fisiologia e o ambiente podem afetar uns aos outros. As situações desencadeantes podem ser:

- Eventos específicos (como receber uma nota baixa em um trabalho acadêmico).
- Um fluxo de pensamentos (como pensar em fazer os exercícios de casa ou pensamentos intrusivos).
- Uma lembrança (como ter tirado uma nota baixa no passado).
- Uma imagem (como a cara de reprovação de um professor).
- Uma emoção (como notar como é intensa a própria disforia).
- Um comportamento (como ficar na cama).
- Uma experiência fisiológica ou mental (como observar o batimento cardíaco rápido ou o pensamento ficando lento).

Pode haver uma sequência complexa de eventos com muitas e

diferentes situações desencadeantes, pensamentos automáticos e reações, como ilustrado na Figura 3.3.

Conforme explicado no começo deste capítulo, é essencial que você aprenda a conceituar as dificuldades do paciente em termos cognitivos para determinar como proceder na terapia – quando trabalhar um problema ou objetivo específico, pensamento automático, crença ou comportamento, que técnicas escolher e como melhorar a relação terapêutica. As perguntas básicas que você deve se fazer são:

"Como este paciente chegou até esta situação?"
"Que vulnerabilidades eram significativas?"
"Como o paciente enfrentou a sua vulnerabilidade?"
"Houve eventos em sua vida (traumas, experiências, interações) que o predispuseram às suas dificuldades atuais?"
"Quais são os pensamentos automáticos do paciente e de que crenças eles se originam?"

É importante que você se coloque no lugar do seu paciente para desenvolver empatia pelo que ele está passando, para entender como ele está se sentindo e para perceber o mundo através dos olhos dele. Dada a sua história e conjunto de crenças, suas percepções, pensamentos, emoções e comportamento devem ter uma coerência.

É útil que se encare a terapia como uma viagem, e a conceituação, como o mapa da estrada. Você e o paciente discutem os objetivos da terapia, o destino final. Existem muitas formas de se chegar a tal destino: por exemplo, pelas autoestradas ou estradas secundárias. Às vezes, os desvios alteram o plano original. À medida que você fica mais experiente e melhor na elaboração de uma conceituação, poderá preencher os detalhes relevantes no mapa, e sua eficiência e eficácia vão melhorar. Entretanto, no início, é razoável presumir-se que você talvez não realize a terapia da forma mais efetiva ou eficiente. Uma conceituação cognitiva correta ajudará você a identificar quais são as estradas principais e como viajar melhor.

Situação: *Sally se sente exausta (desencadeante fisiológico) quando acorda.*

↓

Pensamento automático: "Estou muito cansada para levantar. Não adianta sair da cama.
Eu não tenho energia para ir à aula ou estudar."

↓

Emoção: *Tristeza*

↓

Resposta fisiológica: *Peso no corpo*

↓

Pensamentos automáticos: "E se [meu professor de química] fizer um teste surpresa?

E se ele não me deixar recuperar o teste? E se isso pesar na minha nota?"

[Imagem de uma nota baixa no seu boletim]

↓

Emoção: *Ansiedade*

↓

Resposta fisiológica: *O coração começa a acelerar.*

↓

Situação: *Percebe a taquicardia***.**

↓

Pensamento automático: "O meu coração está batendo tão rápido. O que há de errado comigo?"

↓

Emoção: *Aumento da ansiedade*

↓

Resposta fisiológica: *Sente o corpo tenso; o coração continua a bater rapidamente.*

↓

Pensamento automático: "É melhor eu ficar na cama."

↓

Emoção: *Alívio*

↓

Resposta fisiológica: *Diminuição da tensão e do batimento cardíaco.*

↓

Comportamento: *Fica na cama.*

Sally finalmente se levanta, chega à aula com 20 minutos de atraso, e então tem uma série de pensamentos automáticos sobre estar atrasada e ter perdido parte da aula expositiva.

FIGURA 3.3. Sequência Complexa do Modelo Cognitivo.

A conceituação já começa no primeiro contato com o paciente e é aprimorada a cada contato posterior. Você levanta hipóteses sobre o paciente com base não somente na formulação cognitiva do caso, mas também nos dados específicos que o paciente lhe apresenta. Você confirma, rejeita ou modifica suas hipóteses à medida que o paciente

apresenta novos dados. A conceituação, portanto, é variável. Em momentos estratégicos, você vai checar diretamente com o paciente as suas hipóteses e a formulação. Em geral, se a conceituação for adequada, o paciente confirmará que "parece certa" – ele concorda que o quadro que o terapeuta apresenta lhe soa verdadeiro.

Sally, por exemplo, padecia de tristeza persistente, ansiedade e solidão. Como parte da sua avaliação inicial, evoquei um exemplo dos seus pensamentos automáticos. Perguntei a ela quando geralmente ficava mais angustiada – em que situações ou horas do dia. Sally respondeu que se sentia pior na hora de dormir, quando se deitava na cama, tentando adormecer. Depois de me certificar de que a noite anterior era um exemplo típico, fiz a pergunta-chave: "O que estava passando pela sua cabeça ontem à noite, quando você estava deitada tentando dormir?". Sally respondeu: "Eu nunca vou conseguir terminar o meu trabalho de conclusão. Provavelmente vou rodar. Nunca vou conseguir fazer nada". Ela também relatou uma imagem, um pensamento automático em forma pictórica que vinha à sua mente em *flashes*. Ela se via curvada pelo peso de uma mochila, andando sem direção e desesperada. Durante o curso da terapia, fui completando minha conceituação. Organizei meu pensamento utilizando um Diagrama de Conceituação Cognitiva (página 223) e um Relato Cognitivo de Caso (Apêndice A).

Crenças Nucleares de Sally

Quando criança, Sally tentou entender a si mesma, os outros e seu mundo. Ela aprendeu por meio de experiências, de interações com os outros, da observação direta e por meio de mensagens explícitas e implícitas dos outros em relação a ela. Suas percepções indubitavelmente também foram influenciadas pela sua herança genética. Sally tinha um irmão mais velho bem-sucedido. Quando criança, sua percepção era de que não poderia se sair tão bem quanto o irmão e começou a acreditar, embora não colocasse isso em palavras, que era incompetente e inferior. Ela comparava seu desempenho com o do irmão e invariavelmente saía perdendo. Frequentemente tinha pensamentos como: "Eu não sei desenhar como Robert", "Ele anda de bicicleta melhor do que eu", "Eu nunca vou ser uma boa leitora como ele. Ele faz tudo melhor do que eu".

Nem todas as crianças com irmãos mais velhos desenvolvem esses tipos de crenças disfuncionais. No entanto, as ideias de Sally foram reforçadas por sua mãe, que frequentemente a criticava: "Você fez um péssimo trabalho na arrumação do seu quarto. Será que não consegue fazer nada direito?", "O seu irmão tem um boletim ótimo. Mas e você?

Nunca vai estar à altura". Sally, como a maioria das crianças, dava muito valor às palavras de sua mãe, achando que ela quase sempre estava certa. Então, quando esta a criticava, implicitamente ou dizendo explicitamente que ela era incompetente, Sally acreditava.

Na escola, Sally também se comparava aos colegas. Embora fosse uma aluna acima da média, ela se comparava somente com os melhores alunos e mais uma vez saía perdendo. Tinha pensamentos como: "Eu não sou tão boa quanto eles", "Eu nunca vou conseguir entender tudo isso tão bem quanto eles". Assim, a ideia de que era incompetente e inferior era reforçada.

Sem reconhecer que estava agindo assim, Sally frequentemente excluía ou desconsiderava informações positivas que contradiziam essas ideias. Quando tirava uma nota alta em um teste, dizia: "O teste foi fácil". Quando aprendeu balé e se tornou uma das melhores dançarinas do grupo, pensou: "Eu nunca vou ser tão boa quanto minha professora". Ela geralmente fazia interpretações negativas, confirmando, assim, suas crenças disfuncionais. Por exemplo, quando sua mãe gritou com ela por tirar um B em um teste, ela pensou: "Mamãe está certa. Eu sou burra". Ela constantemente interpretava eventos negativos como demonstração das suas falhas. Além disso, quando passava por acontecimentos positivos, como ganhar um prêmio, geralmente os desvalorizava: "Eu tive sorte. Foi por acaso".

Esse processo fez Sally desenvolver uma crença negativa a respeito de si. No entanto, suas crenças negativas não eram sólidas. Seu pai, embora viajasse muito a negócios e ficasse pouco em casa, era, de modo geral, incentivador e apoiador. Quando lhe ensinou beisebol, por exemplo, ele a elogiava pelo seu esforço. "Está bom... boa jogada... você está conseguindo... continue". Alguns professores de Sally também elogiavam seu desempenho na escola. Ela também teve experiências positivas com amigos. Percebia que se fizesse um esforço, conseguiria fazer algumas coisas melhor do que seus amigos – beisebol, por exemplo. Assim, Sally também desenvolveu, para contrabalançar, uma crença positiva de que era competente em pelo menos alguns aspectos.

As crenças nucleares de Sally sobre seu mundo e as outras pessoas eram, na maior parte, positivas e funcionais. Ela geralmente acreditava que as outras pessoas eram bem-intencionadas e percebia seu mundo como relativamente seguro, estável e previsível.

Já as crenças nucleares de Sally sobre si mesma, os outros e seu mundo eram suas crenças mais básicas, as quais ela nunca realmente havia articulado até entrar em tratamento. Na adolescência, suas crenças nucleares mais positivas eram as dominantes até ela ficar deprimida, e então suas crenças nucleares altamente negativas foram ativadas.

Atitudes, Regras e Pressupostos de Sally

Um pouco mais acessíveis à modificação do que as crenças nucleares eram as crenças intermediárias de Sally. Essas atitudes, regras e pressupostos se desenvolveram da mesma forma que as crenças nucleares, enquanto ela tentava entender seu mundo, os outros e a si mesma. Em sua maior parte por meio de interações com sua família e outras pessoas significativas, ela desenvolveu as seguintes atitudes e regras:

> "Eu tenho que ser ótima em tudo o que tentar."
> "Eu sempre devo dar o melhor de mim."
> "É terrível desperdiçar o seu potencial."

Como foi o caso com suas crenças nucleares, Sally não tinha articulado completamente essas crenças intermediárias. No entanto, elas influenciavam seu pensamento e guiavam seu comportamento. No ensino médio, por exemplo, ela não tentava participar do jornal da escola (embora lhe interessasse) porque presumia que não conseguiria escrever suficientemente bem. Ela se sentia ansiosa antes das provas, achando que não se sairia bem, e também culpada, achando que deveria ter estudado mais.

Entretanto, quando suas crenças mais positivas predominavam, ela se via sob um ângulo mais positivo, embora nunca acreditasse por completo que fosse competente. Ela desenvolveu o pressuposto: "Se eu me dedicar muito, vou conseguir superar as minhas falhas e me sair bem na escola". Quando ficava deprimida, porém, Sally não acreditava mais nesse pressuposto e substituía a crença: "Por causa das minhas deficiências, eu nunca vou conseguir nada".

Estratégias de Enfrentamento de Sally

A ideia de ser incompetente sempre foi muito dolorosa para Sally, e ela desenvolveu determinadas estratégias comportamentais para enfrentar ou compensar o que encarava como falhas. Como poderia ser depreendido das suas crenças intermediárias, Sally trabalhava arduamente na escola e nos esportes. Ela preparava suas tarefas com zelo excessivo e estudava muito para os testes. Também ficava vigilante para sinais de inadequação e redobrava seus esforços caso não conseguisse dominar a fundo alguma coisa na escola. Raramente

pedia ajuda aos outros, por temer que eles reconhecessem a sua inadequação.

Pensamentos Automáticos de Sally

Embora Sally não expressasse essas crenças nucleares e crenças intermediárias (até iniciar a terapia), tinha pelo menos alguma consciência dos seus pensamentos automáticos em situações específicas. No ensino médio, por exemplo (durante o qual não estava deprimida), ela tentou participar dos times de *softball* e hóquei feminino. Entrou no time de *softball* e pensou: "Que legal. Vou pedir a papai para praticar comigo". Quando não conseguiu ser aceita no time de hóquei, ficou desapontada, mas não particularmente autocrítica.

Na universidade, entretanto, Sally ficou deprimida durante seu primeiro ano. Posteriormente, quando considerou a possibilidade de jogar uma partida de *softball* com as garotas do seu dormitório, a depressão influenciou seu pensamento: "Eu não sou boa. Provavelmente nunca vou conseguir bater na bola". Igualmente, quando recebeu um C em um exame de literatura inglesa, pensou: "Eu sou tão burra. Provavelmente vou rodar no curso. Nunca vou conseguir concluir a faculdade".

Para resumir, no ensino médio, quando não estava deprimida, as crenças nucleares positivas de Sally estavam ativadas, e seus pensamentos eram relativamente mais positivos (e mais realistas). Porém, em seu primeiro ano na faculdade, predominaram os pensamentos negativos durante sua depressão, o que a levou a interpretar situações de uma forma muito negativa e a ter predominantemente pensamentos negativos (e irrealistas). Esses pensamentos distorcidos também a levavam a se *comportar* de forma autodestrutiva, o que, por sua vez, provocou pensamentos automáticos sobre seu comportamento. Em vez de interpretar sua evitação como um sintoma da depressão, ela pensou "Eu sou um caso perdido", o que levou, então, a um aumento na disforia e a comportamento desadaptativo.

Sequência que Levou Sally à Depressão

Como Sally ficou deprimida? A depressão é causada por uma variedade de fatores biopsicológicos e psicossociais. Pode ser que ela tivesse uma predisposição genética para o desenvolvimento de crenças depressogênicas. Entretanto, nem todos os eventos negativos levaram-na a se sentir disfórica. Ela conseguiu se sair bem até que sua

vulnerabilidade inata, influenciada pela presença de crenças negativas, foi desafiada pela combinação de uma série de estressores (o modelo da diátese-estresse; Beck, 1967).

Quando Sally começou a faculdade, teve diversas experiências que interpretou de modo altamente negativo. Uma dessas experiências ocorreu na primeira semana. Ela teve uma conversa com outros calouros do seu dormitório que estavam relatando o número de estágios avançados e exames que haviam feito, os quais os dispensaram de fazer várias cadeiras do curso básico. Sally, que não tinha créditos avançados, começou a pensar como esses alunos eram superiores a ela. Na sua cadeira de economia, o professor descreveu as exigências do curso, e Sally imediatamente pensou: "Eu não vou conseguir fazer o trabalho de pesquisa". Ela teve dificuldade para entender o primeiro capítulo do seu livro de química e pensou: "Eu não consigo entender nem mesmo o primeiro capítulo, como é que vou dar conta do curso?".

As crenças de Sally tornaram-na vulnerável a uma interpretação negativa dos eventos. Ela não questionava seus pensamentos; ao contrário, aceitava-os sem nenhuma crítica. À medida que as semanas passaram, Sally começou a ter pensamentos cada vez mais negativos sobre si e foi se sentindo cada vez mais desanimada e triste. Passou a gastar uma quantidade excessiva de tempo estudando, embora não conseguisse muita coisa devido à diminuição da sua concentração. Continuava sendo altamente autocrítica e ainda tinha pensamentos negativos sobre seus sintomas depressivos: "O que está errado comigo? Eu não deveria me sentir assim. Por que eu estou tão deprimida? Eu sou incorrigível". Ela se afastou mais ainda dos novos amigos da faculdade e parou de telefonar para seus amigos antigos para obter apoio. Parou de correr e nadar e outras atividades que anteriormente lhe traziam uma sensação de realização. Assim, ela vivenciou uma escassez de aportes positivos. Por fim, seu apetite diminuiu, seu sono ficou perturbado, e ela ficou fragilizada e indiferente. A percepção de Sally das circunstâncias e o seu comportamento na época facilitaram a expressão de uma vulnerabilidade biológica e psicológica para a depressão.

A conceituação de um paciente em termos cognitivos é crucial para a determinação de um curso de tratamento mais eficiente e efetivo. Ela também auxilia no desenvolvimento da empatia, um ingrediente essencial para o estabelecimento de uma boa relação de trabalho com o paciente. Em geral, as perguntas a serem feitas quando se conceituam pacientes são:

"Como o paciente veio a desenvolver este transtorno?"
"Quais foram os eventos, as experiências e as interações significativos na sua vida?"
"Quais são as crenças mais nucleares do paciente sobre si mesmo, seu mundo e os outros?"
"Quais são os pressupostos, expectativas, regras e atitudes do paciente (crenças intermediárias)?"
"Que estratégias o paciente usou durante a vida para fazer frente a essas crenças negativas?"
"Que pensamentos automáticos, imagens e comportamentos ajudaram a manter o transtorno?"
"Como as crenças desenvolvidas pelo paciente interagiram com situações de vida para deixá-lo vulnerável ao transtorno?"
"O que está acontecendo na vida do paciente no momento atual e quais são suas percepções?"

Novamente, a conceituação começa desde o primeiro contato, e é um processo contínuo. Você baseia as suas hipóteses nas informações que coletou com o paciente, usando explicações mais cuidadosas e evitando interpretações e inferências que não estejam baseadas claramente em dados reais. Você irá conferir a conceituação com o paciente em momentos estratégicos não somente para se assegurar de que ela é adequada, mas também para ajudar o paciente a entender a si e aos outros. A sua conceituação sempre está sujeita a modificações à medida que você toma conhecimento de novos dados que o levarão a confirmar, refinar ou descartar suas hipóteses anteriores. O processo contínuo de conceituação é enfatizado ao longo de todo este livro; o Capítulo 14 ilustra melhor como os eventos históricos moldam o entendimento que o paciente tem de si e do seu mundo.

Capítulo 4

SESSÃO DE AVALIAÇÃO

Neste capítulo, você vai aprender sobre os objetivos e a estrutura da sessão de avaliação. Vai aprender a conduzir a avaliação, relatar seu diagnóstico provisório, desenvolver os objetivos iniciais do tratamento e moldar as expectativas do paciente para o tratamento. Você também vai aprender o que fazer após a sessão de avaliação, incluindo a construção de uma conceituação provisória do paciente.

Uma terapia cognitivo-comportamental efetiva requer que você avalie o paciente inteiramente, de forma a poder formular o caso de forma adequada, conceituar aquele paciente e planejar o tratamento. Embora exista uma sobreposição entre os tratamentos de vários transtornos, também existem variações importantes, baseadas nas cognições principais e estratégias comportamentais de um transtorno específico. A atenção aos problemas presentes do paciente, ao seu funcionamento atual, aos sintomas e à sua história auxiliará o desenvolvimento de uma conceituação inicial e a formulação de um plano geral para a terapia. Mesmo que um paciente já tenha sido avaliado por um profissional diferente, você vai precisar complementar a avaliação com mais uma coleta de dados. Há muitas tarefas a serem realizadas no seu primeiro contato com um paciente além do estabelecimento do diagnóstico.

No entanto, a avaliação não está limitada ao primeiro encontro com o paciente. A cada sessão você vai continuar a coletar dados para a avaliação, com o objetivo de confirmar, alterar ou acrescentá-los ao seu diagnóstico e conceituação. É possível haver uma falha no diagnóstico inicial se o paciente deliberadamente esconder informações (alguns pacientes com problemas de abuso de substância

ou transtornos da alimentação egossintônicos podem fazer isso) ou inadvertidamente não relatar dados importantes, ou você poderá atribuir erroneamente certos sintomas (p. ex., isolamento social) a um transtorno particular (depressão), quando outro transtorno também está presente (fobia social). Mesmo que outro profissional já tenha realizado a avaliação, você sem dúvida precisará coletar informações adicionais pertinentes ao uso da terapia cognitivo-comportamental como modalidade de tratamento.

OBJETIVOS DA SESSÃO DE AVALIAÇÃO

Além de diagnosticar corretamente o paciente, a avaliação ajuda-o a:

- Formular o caso e criar uma conceituação cognitiva inicial do paciente.
- Definir se você é o terapeuta apropriado.
- Definir se você pode oferecer a "dose" apropriada de terapia (p. ex., se você só pode oferecer terapia semanal, mas o paciente precisa de um programa diário).
- Definir se há indicação de tratamentos concomitantes (como medicação).
- Dar início a uma aliança terapêutica com o paciente (e com familiares, se for relevante).
- Começar a familiarizar o paciente na estrutura e no processo da terapia.
- Identificar problemas importantes e definir objetivos amplos.

É recomendável coletar o maior número possível de informações antes de ver o paciente pela primeira vez. Peça para que ele envie, ou providencie que sejam enviados, relatórios relevantes de profissionais atuais e anteriores, incluindo profissionais da saúde e saúde mental. A sessão de avaliação em si vai requerer menos tempo se o paciente conseguir preencher com antecedência os questionários e formulários de autorrelato. É especialmente importante que ele tenha feito um *check-up* médico recentemente. Às vezes, o paciente poderá sofrer de problemas orgânicos, não psicológicos, hipertireoidismo, por exemplo, pode ser confundido com depressão.

Informe o paciente, durante o telefonema inicial, que é geralmente útil que um familiar, parceiro ou amigo de confiança acompanhe-o à sessão para fornecer informações adicionais e/ou saber como poderá ser útil ao paciente. Certifique-se de que ele entenda que a avaliação ajudará a definir se ele é um bom candidato à terapia cognitivo-comportamental e se você poderá lhe oferecer o tratamento necessário.

ESTRUTURA DA SESSÃO DE AVALIAÇÃO

Nessa sessão, você irá:

- Cumprimentar o paciente.
- Decidir colaborativamente se um familiar deve participar de toda a sessão, parte dela ou não participar.
- Definir a pauta e transmitir expectativas adequadas.
- Conduzir a avaliação.
- Definir os objetivos iniciais mais amplos.
- Solicitar o *feedback* do paciente.

DANDO INÍCIO À SESSÃO DE AVALIAÇÃO

Antes que o paciente entre no consultório, revise os registros que ele tenha trazido e os formulários que preencheu. Em geral, é desejável inicialmente encontrar o paciente a sós. Então, você poderá discutir sobre a necessidade ou não de o familiar que o está acompanhando (se houver um) participar da sessão. Costuma ser útil trazer essa pessoa pelo menos perto do fim da sessão, quando você apresenta as suas impressões iniciais, incluindo um diagnóstico provisório, e examina os objetivos mais amplos da terapia. Você poderá indagar sobre o ponto de vista do familiar a respeito dos problemas do paciente e, se recomendável, preparar o terreno para que o familiar volte em algum outro momento a fim de saber o que poderá fazer para ser mais útil ao paciente.

A seguir, informe o paciente sobre o que esperar dessa consulta inicial.

TERAPEUTA: Sally, conforme lhe expliquei por telefone, esta é a nossa sessão de avaliação. Não é uma sessão de terapia, portanto hoje não vamos trabalhar na solução dos seus problemas. Vamos começar a fazer isso na próxima vez. Hoje preciso lhe fazer muitas perguntas [dando uma justificativa] para que eu possa definir o seu diagnóstico. Algumas das perguntas serão relevantes. Muitas não serão, mas eu preciso fazê-las para que possa incluir os problemas que você tem e excluir os problemas que não tem. Está bem para você?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Provavelmente hoje eu vou precisar interrompê-la algumas vezes para poder obter as informações de que preciso. Se isso lhe incomodar, você me diz?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Antes de começarmos, eu gostaria de lhe dizer o que eu espero abordar hoje. [definindo a pauta] Eu gostaria de saber mais sobre os sintomas que você tem vivenciado, como você tem funcionado ultimamente e também sobre a sua história. Depois vou pedir que me conte qualquer outra coisa que você ache que eu devo saber. Então iremos definir alguns objetivos amplos para o tratamento. Eu vou lhe dizer as minhas impressões iniciais e no que eu acho que devemos nos focar no tratamento. Também vou lhe perguntar o que voce acha, e, no fim, verei se você tem outras

questões ou preocupações. [sendo colaborativo] Assim está bem para você?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Mais alguma coisa que você queira incluir hoje?

PACIENTE: Eu esperava que você pudesse me ajudar a descobrir o que fazer em relação à faculdade. Eu estou muito atrasada.

TERPEUTA: (*tomando nota*) Deixe-me anotar. Não sei se dará tempo hoje, mas com certeza poderemos abordar isso da próxima vez, na nossa primeira sessão do tratamento.

A FASE DE AVALIAÇÃO

Você vai precisar saber a respeito de muitas áreas da experiência atual e passada do paciente para desenvolver um plano sólido de tratamento (ao longo das sessões), planejar as sessões de tratamento, desenvolver uma boa relação terapêutica, guiar o paciente na definição dos objetivos e, de modo geral, realizar um tratamento efetivo. Essas áreas incluem:

- Dados pessoais.
- Queixas principais e problemas atuais.
- História da doença atual e eventos desencadeantes.
- Estratégias de enfrentamento (adaptativas e desadaptativas), atuais e passadas.
- História psiquiátrica, incluindo tipos de tratamento psicossocial (e opinião sobre a validade desses tratamentos), hospitalizações, medicação, tentativas de suicídio e situação atual.
- História de abuso de substância e situação atual.
- História médica e situação atual.
- História psiquiátrica familiar e situação atual.
- História do desenvolvimento.
- História geral familiar e situação atual.
- História social e situação atual.
- História educacional e situação atual.
- História vocacional e situação atual.
- História religiosa/espiritual e situação atual.
- Pontos fortes, valores e estratégias de enfrentamento adaptativas.

Como o relato detalhado dos procedimentos e instrumentos de avaliação não é o escopo deste livro, muitas fontes poderão ajudar, incluindo Antony e Barlow (2010); Dobson e Dobson (2009); Kuyken e colaboradores (2009); Lazarus e Lazarus (1991); Ledley, Marx e Heimberg (2005). Também é essencial determinar o grau de risco de suicídio do paciente. Wenzel, Brown e Beck (2008) fornecem orientações para avaliação e prática com pacientes suicidas.

Outra parte importante da avaliação é perguntar como o paciente passa o seu tempo. Pedir a ele que descreva seu dia típico lhe dará uma visão adicional da sua experiência diária e facilitará o estabelecimento de objetivos específicos na primeira sessão do tratamento. Enquanto ele descreve um dia típico, você fica atento a:

- Variações no seu humor.
- Se e como ele interage com a família, amigos e pessoas no trabalho.
- Como ele funciona em geral em casa, no trabalho e em outros locais.
- Como ele passa seu tempo livre.

Você também vai investigar o que ele *não* está fazendo e o que está evitando ativamente.

TERAPEUTA: Sally, eu gostaria de ter uma ideia de como é a sua rotina diária. Você pode me contar o que faz desde a hora que acorda de manhã até a hora em que vai dormir à noite?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: A que horas você acorda?

PACIENTE: (*Suspira*) Bem, eu geralmente acordo às 5 horas.

TERAPEUTA: E então o que você faz?

PACIENTE: Geralmente eu fico me debatendo na cama por pelo menos umas duas horas.

TERAPEUTA: A que horas você sai da cama?

PACIENTE: Isso depende. Em geral fico na cama até o último minuto. Eu tenho aula à 9 horas, três dias por semana, então me levanto às 8h30, 8h40, algo em torno disso.

TERAPEUTA: E nos outros dias?

PACIENTE: Eu não tenho que me levantar tão cedo. Então geralmente fico na cama até sentir fome suficiente para ir tomar café.

TERAPEUTA: Então você toma café às...?

PACIENTE: Às vezes, às 10 horas. Às vezes, ao meio-dia.

TERAPEUTA: Isso mudou desde o semestre passado?

PACIENTE: Sim, eu costumava me levantar no máximo até as 9 horas.

TERAPEUTA: O que você faz após o café?

PACIENTE: Em geral fico por ali, no meu dormitório. Assisto à televisão. Talvez tente ler alguma coisa para a aula. Mas geralmente não consigo me concentrar. Então eu paro. Às vezes pego no sono.

TERAPEUTA: O que mais você faz à tarde?

PACIENTE: Na maioria dos dias eu tenho aula das 13h às 16h.

TERAPEUTA: E você vai? Já faltou à aula?

PACIENTE: Não, eu vou. Mas é muito difícil ficar lá, sentada. Por

vezes eu fico nas nuvens.

TERAPEUTA: O que você faz depois da aula?

PACIENTE: Volto para o meu quarto.

TERAPEUTA: E depois o quê?

PACIENTE: Depende.

TERAPEUTA: O que você faz às vezes?

PACIENTE: Geralmente eu tento estudar um pouco. Mas às vezes acabo navegando na internet ou caindo no sono ou assistindo à televisão.

TERAPEUTA: O que você faz na hora do jantar?

PACIENTE: Eu vou à lanchonete com alguém do meu dormitório.

TERAPEUTA: O que você faz depois disso?

PACIENTE: Isso depende. Geralmente eu volto para o meu quarto. Tento trabalhar um pouco. Às vezes consigo, às vezes não. Eu tento mais um pouquinho e na maioria das vezes assisto à televisão.

TERAPEUTA: E depois?

PACIENTE: Eu vou para a cama por volta das 23h, 23h30.

TERAPEUTA: Você pega no sono em seguida?

PACIENTE: Normalmente não. Eu levo quase uma hora.

TERAPEUTA: E depois você dorme direto até as 5 horas?

PACIENTE: Sim.

Essa descrição me ajuda a destacar as dificuldades que eu provavelmente terei que tratar: dificuldade para dormir, cochilos, horário irregular, isolamento social, oportunidades limitadas para ter domínio (uma sensação de realização), problemas de concentração, atraso nos trabalhos acadêmicos, assistir à televisão em excesso. Já que Sally, assim como a maioria dos pacientes deprimidos, colocou o foco nos problemas que ela encontra, eu também lhe pergunto sobre experiências positivas e estratégias positivas de enfrentamento. (“Sally, quais são as melhores partes do dia para você?”; “Parece que você estava muito cansada. Como conseguiu ir para a aula?”)

A coleta de dados feita dessa forma guia meu pensamento no desenvolvimento de um plano inicial para o tratamento. Também uso as informações na primeira sessão, quando definimos os objetivos do tratamento e fazemos o planejamento das atividades. Além disso, peço a Sally uma descrição do que ela faz em um fim de semana típico, quando não tem o tempo estruturado de quando vai às aulas.

Durante a fase de avaliação, você ficará alerta aos indicadores de que o paciente está indeciso quanto a se comprometer com o

tratamento. Por exemplo, quando Sally descreve seus sintomas atuais, ela expressa um pensamento sem esperanças. Eu uso seu pensamento automático para sutilmente mostrar o modelo cognitivo, indicar como ele será alvo do tratamento no futuro e assegurar que a nossa aliança provisória não foi abalada.

PACIENTE: Parece que eu tenho tantos problemas. Eu não acho que alguma coisa possa ajudar.

TERAPEUTA: Ok, este é um pensamento interessante: “Eu não acho que alguma coisa possa ajudar”. Como esse pensamento faz você se sentir? Triste? Sem esperança?

PACIENTE: Os dois.

TERAPEUTA: Esse é *exatamente* o tipo de pensamento depressivo sobre o qual falaremos na semana que vem. Precisaremos descobrir se esse pensamento é 100% verdadeiro, 0% verdadeiro ou se está em algum ponto intermediário. Enquanto isso, tem alguma coisa que eu tenha dito ou que faça você achar que não posso lhe ajudar, ou que esse tipo de tratamento não poderá ajudar?

É importante estruturar as respostas do paciente para coletar os dados de que você precisa. Direcionar as perguntas pode ajudar:

TERAPEUTA: Para as próximas perguntas, eu apenas preciso que você [responda “Sim”, “Não” ou “Não tenho certeza”] ou [responda em uma ou duas frases].

Quando o paciente começa a fornecer detalhes desnecessários ou desvia do assunto, é importante interrompê-lo gentilmente:

TERAPEUTA: Desculpe interromper, mas eu preciso saber...

A PARTE FINAL DA AVALIAÇÃO

Perto do fim da sessão, é conveniente perguntar ao paciente se existe alguma outra coisa que seja importante você saber. Uma pergunta importante é: “Existe alguma coisa que você esteja relutante em me contar? Você não tem que me dizer o que é. Eu só preciso saber se há algo mais para me dizer, talvez em algum momento no futuro”.

ENVOLVENDO UM FAMILIAR

Se algum familiar acompanhou o paciente ao consultório, você pode agora perguntar se ele gostaria de convidá-lo a participar da sessão (a menos, é claro, que ele já esteja lá desde o início). Certifique-se de que não há nada que o paciente queira que você evite dizer ao familiar. Solicite permissão para:

- Perguntar o que o familiar acha mais importante você saber sobre o paciente; se ele focar apenas no negativo, pergunte sobre as qualidades, pontos fortes e estratégias de enfrentamento do paciente.
- Relatar as suas impressões iniciais.
- Apresentar seu plano provisório de tratamento.

RELATANDO AS SUAS IMPRESSÕES

Explique ao paciente que você precisará de tempo para examinar suas anotações, os formulários que ele preencheu e relatórios anteriores para que possa chegar ao diagnóstico. Para a maioria dos casos de depressão e ansiedade, é adequado dar as suas impressões iniciais sobre o diagnóstico e mostrar-lhe como você vai confirmar esse diagnóstico usando o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM), um manual diagnóstico que lista os transtornos psiquiátricos e seus sintomas. Poderá ajudar ou não, nesse encontro inicial, dizer ao paciente que ele tem uma doença mental grave ou um transtorno da personalidade. Em vez disso, pode ser mais prudente resumir os problemas e sintomas que o paciente está apresentando.

DEFININDO OS OBJETIVOS INICIAIS PARA O TRATAMENTO E RELATANDO O SEU PLANO DE TRATAMENTO

A definição de objetivos e o relato do plano de tratamento ajudam a dar esperança ao paciente.

TERAPEUTA: Se você concordar, eu gostaria de usar alguns minutos para falar sobre os seus objetivos no tratamento e como eu acho que ele vai acontecer.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: (*Escreve "Objetivos" no alto de uma folha de papel*.) Os objetivos são, na realidade, apenas um aspecto dos problemas. Nós vamos definir os objetivos específicos na próxima sessão, mas de uma forma mais ampla poderíamos dizer: Reduzir a depressão? Reduzir a ansiedade? Sair-se melhor na faculdade? Voltar a sociabilizar?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: (*Anota esses itens*.) Agora eu gostaria de lhe dizer como eu acho que você vai melhorar e depois quero ouvir como isso lhe parece.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Começando na semana que vem, nós vamos trabalhar para atingir os seus objetivos. A cada sessão, eu vou lhe perguntar quais os problemas em que você quer a minha ajuda para resolver. Por exemplo, na próxima semana você poderia dizer: "Eu ainda estou tendo problemas em fazer os meus trabalhos do curso", que está relacionado ao seu objetivo de se sair melhor na faculdade. Então vamos trabalhar para a solução do problema. Podemos pensar em formas de melhorar sua concentração, organizar um horário de estudo e pedir a ajuda de outras pessoas, se você precisar. (*pausa*) Isso lhe parece bom?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: E também vamos procurar os pensamentos depressivos que possam estar atrapalhando. Por exemplo, anteriormente na sessão você disse: "Eu sou um fracasso", e me contou como se sente deprimida quando tem pensamentos como esse. Você entende como essa ideia pode minar a sua motivação para estudar? Com ela pode fazer você se sentir muito mal? E como, então, você

iria ficar rolando na cama em vez de ir para a biblioteca?

PACIENTE: Sim, é assim que acontece.

TERAPEUTA: Então uma coisa que faremos juntas será avaliar pensamentos como esse. Quais as evidências de que você é um fracasso? Alguma evidência de que você não é um fracasso? Existe outra forma de olhar para essa situação, por exemplo, que você está deprimida e precisa de ajuda na solução dos problemas, mas que isso não significa que você é um fracasso?

PACIENTE: Hummm.

TERAPEUTA: Então nós iremos mudar o seu pensamento depressivo e ansioso para torná-lo mais realista, e descobriremos soluções para os seus problemas, as quais você vai experimentar durante a semana. E você aprenderá habilidades que poderá usar pelo resto da sua vida, de modo que possa continuar a resolver os seus problemas, pensar mais realisticamente e agir de forma a conseguir seus objetivos. [solicitando *feedback*] Como isso soa para você?

PACIENTE: Faz sentido.

TERAPEUTA: Sally, é assim que pensamos que as pessoas melhoram, fazendo pequenas mudanças no seu pensamento e comportamento todos os dias. [solicitando *feedback*] Por fim, houve alguma coisa dita por mim que não lhe soou bem?

PACIENTE: [expressando outro pensamento automático] Eu só não sei se isso vai funcionar.

TERAPEUTA: Bem, eu não tenho uma bola de cristal, portanto não posso lhe dar 100% de garantia. Mas não há nada do que você me disse que me faça pensar que não vai funcionar. (*pausa*) Você está disposta a fazer uma tentativa? Você quer voltar na próxima semana?

PACIENTE: Sim, eu quero.

P: E se... o paciente expressar preocupação com o plano de tratamento?

R: Primeiro, reforce-o positivamente por expressar seu ceticismo ou dúvida ("É bom que você tenha me dito isso."). A seguir, você precisará coletar mais dados, perguntando: "O que faz você achar que este tratamento não vai funcionar?" e "O que você acha que ajudaria mais?" Com base nas respostas do paciente, você vai conceituar o problema em termos cognitivos e planejar uma estratégia. Por exemplo, quando o paciente acha que o seu tratamento não vai ajudar porque tratamentos passados foram ineficientes, você pode perguntar se ele achava que tinha uma boa aliança terapêutica com seus terapeutas

anteriores e se, a cada sessão, seus terapeutas:

- Definiam uma pauta de trabalho para a sessão.
- Pensavam com ele o que poderia fazer para ter uma semana melhor.
- Anotavam o que o paciente deveria lembrar-se de dizer a si mesmo quando tivesse um pensamento depressivo.
- Ensinavam-lhe especificamente como avaliar seu pensamento e mudar seu comportamento.
- Solicitavam *feedback* para se assegurarem de que a terapia estava no caminho certo.

A maioria dos pacientes não vivenciou esse tipo de tratamento, e você pode dizer: "Estou feliz de ouvir isso porque faz parecer que o nosso tratamento aqui será diferente. Se fosse exatamente o mesmo que as suas experiências passadas, eu estaria menos esperançoso".

P: E se... o paciente responder que seu terapeuta anterior se engajou em todas essas atividades em todas as sessões?

R: Nesse caso, você vai precisar gastar mais tempo descobrindo precisamente o que aconteceu, em especial se o terapeuta fez um tratamento individualizado com o paciente e para o(s) seu(s) transtorno(s) específico(s), com base nas últimas pesquisas e orientações. De qualquer forma, você pode encorajar o paciente a experimentar o seu tratamento por algumas sessões e indicar que vocês avaliarão em conjunto se ele está funcionando.

EXPECTATIVAS DO TRATAMENTO

Nessa sessão, você vai dar ao paciente uma ideia geral da duração esperada do tratamento. Em geral, é melhor sugerir uma média, 2 a 4 meses para muitos pacientes com depressão maior simples, embora alguns consigam terminar antes (ou podem ter que fazê-lo devido a restrições financeiras ou limitações do plano de saúde). Outros pacientes, particularmente aqueles com transtornos psiquiátricos crônicos, ou aqueles que desejam trabalhar problemas relacionados a um transtorno da personalidade, podem permanecer em tratamento por um ano ou mais, e pacientes com doença mental mais grave podem precisar de tratamento mais intensivo quando estão mais sintomáticos e sessões periódicas de reforço por um tempo muito longo (associado a medicação).

A maioria dos pacientes progride de forma satisfatória com sessões semanais, a menos que estejam gravemente deprimidos ou ansiosos, suicidas ou com necessidade clara de mais apoio. Com a aproximação do fim do tratamento, você pode ir espaçando gradualmente as sessões para dar ao paciente mais oportunidade de resolver problemas, tomar decisões e usar suas ferramentas da terapia com mais independência.

Na transcrição a seguir, dou a Sally uma ideia de como espero que a terapia progrida.

TERAPEUTA: Se estiver bem para você, Sally, vamos planejar de nos encontrarmos uma vez por semana até que você esteja se sentindo significativamente melhor, e então passaremos para sessões quinzenais, depois talvez para uma vez a cada três ou quatro semanas. Iremos decidir juntas como espaçar a terapia. Mesmo quando decidirmos encerrar, vou recomendar que você retorne para uma sessão de "reforço" no espaço de alguns meses, durante algum tempo. O que lhe parece?

PACIENTE: Ótimo.

TERAPEUTA: É difícil prever agora quanto tempo você deverá ficar em terapia. A minha previsão é que será em torno de 8 a 14 sessões. Se acharmos que você tem alguns problemas de longa duração nos quais deseja trabalhar, a terapia poderá levar mais tempo. Mais uma vez, decidiremos *juntas* o que parece ser melhor, ok?

Entre a Avaliação e a Primeira Sessão

Antes da primeira sessão, você vai fazer o relatório da sua avaliação e o plano inicial de tratamento. Se você obteve consentimento, fará contato com os profissionais da saúde e saúde mental anteriores do paciente para solicitar relatórios, fazer perguntas e obter informações adicionais. Também fará contato com outros profissionais atuais relevantes para discutir seus achados e coordenar o atendimento. Conversas por telefone podem revelar informações importantes que não tenham sido documentadas por escrito. Você também começará a delinear uma conceituação cognitiva provisória.

DELINEANDO UMA CONCEITUAÇÃO COGNITIVA INICIAL E UM PLANO DE TRATAMENTO

Você vai sintetizar as informações coletadas na avaliação para desenvolver uma conceituação cognitiva inicial, a partir da formulação cognitiva (as crenças básicas e os padrões comportamentais), associada ao diagnóstico do paciente. Você levantará hipóteses a respeito do desenvolvimento do transtorno do paciente.

"Houve eventos importantes no início da vida que levaram ao desenvolvimento de crenças nucleares negativas?"
"Quais são as crenças nucleares do paciente?"
"O que precipitou o transtorno?"
"O paciente fez uma interpretação adversa em relação a determinados eventos precipitantes?
"Como o pensamento e o comportamento do paciente contribuem para a manutenção do transtorno?"

A seguir, usará a conceituação para desenvolver um amplo plano de tratamento.

Juntando com o que vi durante a avaliação, levantei a hipótese de que Sally era vulnerável a se ver como incompetente (uma crença que desenvolveu como resultado de interações com seus pais, irmão e alguns professores). Quando entrou na universidade, ela começou a ter uma percepção de si como incapaz de corresponder às novas demandas acadêmicas e de uma vida independente. Começou, então, a desenvolver um senso exagerado de incompetência; isto é, foi ativada uma crença nucelar de incompetência. Ela começou a ter muitos pensamentos automáticos nas situações em que havia a possibilidade de falhar. Esses pensamentos conduziram a sentimentos de tristeza, ansiedade e falta de esperança. Ela também foi afetada no comportamento. Começou a desistir, passando muito tempo sozinha em seu quarto. Não conseguiu persistir na realização das tarefas que considerava difíceis e começou a se atrasar nos trabalhos acadêmicos. Ela encarava suas dificuldades como um defeito inato, não como consequência da depressão. A ausência de prazer e domínio das atividades aumentava sua disforia (veja o Apêndice A).

Conhecendo o modelo cognitivo da depressão e estando familiarizada com as principais estratégias do tratamento da

depressão, desenvolvi um plano de tratamento mais específico do que aquele simplificado que havia apresentado a Sally. Levantei a hipótese de que inicialmente precisaria focar no seguinte: ajudá-la a resolver os problemas acadêmicos e da vida diária, encorajá-la a tornar-se muito mais ativa e ensinar-lhe a identificar, avaliar e modificar seus pensamentos negativos inadequados e inúteis, especialmente os pensamentos associados a fracasso e incompetência (uma vez que ela havia expressado essas ideias). Formulei a hipótese de que iríamos trabalhar mais diretamente sobre suas crenças nucleares de incompetência quando estivéssemos na metade do tratamento, mas eu ainda não sabia se seria importante focar nos antecedentes históricos da sua crença. Eu também não sabia naquele momento se Sally apresentava crenças disfuncionais associadas à incapacidade de ser amada ou de desvalor (veja o Capítulo 14) que teríamos que modificar; durante a avaliação ela havia fornecido dados que apoiavam a existência dessas crenças. Planejei enfatizar a prevenção de recaída na parte final do tratamento. Continuei a aprimorar o plano básico de tratamento durante a terapia, à medida que ia conhecendo melhor Sally e a natureza das suas dificuldades.

Capítulo 5

ESTRUTURA DA PRIMEIRA SESSÃO

Neste capítulo, você aprenderá como estruturar a sessão inicial, incluindo:

- Discutir o diagnóstico do paciente.
- Fazer uma verificação do humor.
- Definir objetivos.
- Começar a trabalhar em um problema.
- Definir os exercícios de casa.
- Solicitar *feedback*.

A maioria dos pacientes se sente confortável quando você lhes diz como e por que gostaria de estruturar as sessões. Fazer isso desmistifica o processo de terapia e mantém o tratamento no caminho. O Capítulo 6 foca em um componente essencial para os pacientes deprimidos: o início da ativação comportamental. O Capítulo 7 descreve a estrutura comum para as sessões subsequentes, e o Capítulo 8 discute problemas na estruturação das sessões.

OBJETIVOS E ESTRUTURA DA SESSÃO INICIAL

Antes da primeira sessão, você vai examinar a avaliação que fez do paciente e terá em mente sua conceituação inicial e o plano de tratamento enquanto conduz a sessão, estando preparado para mudar o curso, caso seja necessário. A maioria das sessões de terapia cognitivo-comportamental padrão dura em torno de 45 a 50 minutos, mas a primeira geralmente leva 1 hora. Seus objetivos na primeira sessão serão:

- Estabelecer *rapport* e confiança com o paciente, normalizar suas dificuldades e instilar esperança.
- Familiarizar o paciente no tratamento, educando-o a respeito do(s) seu(s) transtorno(s), do modelo cognitivo e do processo de terapia.
- Coletar dados adicionais que ajudem a conceituar o paciente.
- Desenvolver uma lista de objetivos.
- Começar a resolver um problema importante para o paciente (e/ou ativar o paciente comportamentalmente).

Para atingir esses objetivos, você usará o seguinte formato:

Parte Inicial da Sessão 1

1. Defina a pauta (e dê uma justificativa para isso).
2. Faça uma verificação do humor.
3. Obtenha uma atualização (desde a avaliação).
4. Discuta o diagnóstico do paciente e faça psicoeducação.

Parte Intermediária da Sessão 1

5. Identifique problemas e defina objetivos.
6. Eduque o paciente sobre o modelo cognitivo.
7. Discuta um problema.

Final da Sessão 1

8. Apresente ou solicite um resumo.
9. Examine a prescrição do exercício de casa.
10. Solicite *feedback*.

DEFININDO A PAUTA

Como essa é a primeira sessão, você começará cumprimentando o paciente e definindo a pauta. Fazer isso geralmente reduz a ansiedade do paciente, já que ele descobre rapidamente o que esperar. Você apresentará uma justificativa e vai se certificar de que o paciente concorda com os tópicos propostos. (Em sessões futuras, vocês definirão a pauta em algum momento da parte inicial da sessão, mas não necessariamente bem no começo.)

TERAPEUTA: Sally, estou feliz por você ter vindo hoje. Tudo bem se começarmos decidindo sobre o que vamos falar hoje? Isso é o que chamamos de "definir a pauta". Faremos isso no começo de cada sessão [dando uma justificativa] para garantir que teremos tempo suficiente para abordar o que é mais importante para você. Tenho uma lista de coisas que eu gostaria de abordar hoje, e depois [sendo colaborativo] vou perguntar o que gostaria de acrescentar. Tudo bem?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Nossa primeira sessão será um pouco diferente das futuras sessões porque temos muitos tópicos para trabalhar e precisamos nos conhecer melhor. Aqui está o que eu gostaria de examinar. Primeiro, em poucos minutos [alertando Sally de que não quero mergulhar em um tópico antes de definir uma pauta completa], eu gostaria de verificar como você está se sentindo, saber o que aconteceu desde a avaliação e falar um pouco sobre o diagnóstico. (*pausa*) Depois, eu gostaria de definir alguns objetivos mais específicos. Isso lhe parece bom?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Durante a sessão, vamos planejar algumas coisas para você fazer antes de nos encontrarmos novamente [ativação comportamental], fazendo especialmente algumas mudanças no seu cronograma, e, no fim, vou lhe perguntar o que achou da sessão. [solicitando *feedback*] Como isso lhe parece?

PACIENTE: Bom.

TERAPEUTA: Há mais alguma coisa que você queira acrescentar à pauta hoje?

PACIENTE: Bem, sei que eu deveria estar fazendo mais coisas. Mas estou tão cansada. É tão difícil me concentrar no trabalho e sair

com os amigos. Eu acabo passando muito tempo dormindo ou assistindo à televisão e...

TERAPEUTA: (*interrompendo gentilmente*) Tudo bem se eu lhe interromper por um momento? Que tal se eu colocar "fazer mais coisas" em nossa pauta e tentarmos abordar isso hoje?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: (*anotando esse item na pauta*) Você vai notar que eu costumo anotar muitas coisas durante a sessão. [dando uma justificativa] Eu quero ter certeza de que vou me lembrar do que é importante... Ok, alguma coisa ainda mais importante para a nossa pauta de hoje?

PACIENTE: Não, eu acho que não.

TERAPEUTA: Se você pensar em outras coisas importantes enquanto avançamos, peço que me diga.

Idealmente, a definição da pauta é rápida e direta. Explicar por que você quer definir uma pauta torna o processo da terapia mais compreensível para o paciente e estimula sua participação ativa de modo estruturado e produtivo.

P: E se... o paciente expressar uma forte preferência por passar o tempo da terapia de outra maneira?

R: Ocasionalmente, *mas não frequentemente*, o paciente não aceitará a pauta que você apresenta para essa primeira sessão. Isso pode acontecer por várias razões. Você pode ter apresentado a pauta de um jeito muito controlador, sem ser colaborativo. Ele pode ter questões urgentes em mente para as quais quer desesperadamente uma ajuda imediata na sessão. Ele pode preferir passar a sessão falando livremente sobre o que vier à sua cabeça, sem estrutura ou interrupção.

O que você faz? Acima de tudo, você precisa atrair o paciente para que ele retorne ao tratamento na sessão seguinte. Se você julgar que tentar persuadi-lo a aderir à sua pauta colocará em risco a adesão dele, especialmente nessa primeira sessão, você pode propor dividir o tempo da terapia. Se ele objetar, você poderá passar a sessão fazendo o que ele quer. Na sessão seguinte, você vai descobrir se fazer isso ajudou a aliviar significativamente o seu sofrimento durante a semana. Em caso negativo, ele poderá estar mais motivado para passar pelo menos parte da sessão discutindo o que você acha que é importante para ajudá-lo a sentir-se melhor.

FAZENDO A VERIFICAÇÃO DO HUMOR

Após definir a pauta, você vai fazer uma breve verificação do humor. Além de pedir a Sally que fizesse um rápido relato do seu humor desde que a vi pela última vez, examino rapidamente a lista de sintomas que ela preencheu antes da primeira sessão (veja o Apêndice B para informações sobre o Inventário de Depressão de Beck, o Inventário de Ansiedade e a Escala de Desesperança). Como inicialmente quero apenas ter uma rápida visão do seu humor, eu sugiro que me dê uma resposta em poucas palavras.

TERAPEUTA: Ok, vamos para o próximo item. Podemos começar pelo que você fez nesta semana. Eu gostaria de ver as escalas que você preencheu. Enquanto as examino [dando uma orientação], você pode me dizer em uma frase ou duas como se sentiu a maior parte do tempo nesta semana?

PACIENTE: Eu estive muito deprimida o tempo todo.

TERAPEUTA: (*examinando as escalas*) Parece que você se sentiu muito ansiosa também, não é verdade?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: [sendo colaborativo] Se estiver bem para você, eu gostaria que viesse a cada sessão alguns minutos antes para que possa preencher estas três escalas. [dando uma justificativa] Elas me ajudam a ter uma ideia rápida de como você se sentiu na semana passada, embora eu sempre vá querer que você também descreva como estava, nas suas próprias palavras.

PACIENTE: Ok.

Nessa primeira sessão, como em todas elas, eu observo os escores calculados dos testes objetivos, comparando-os com os escores da avaliação. Também examino rapidamente os itens individuais para determinar se as escalas apontam para algo de particular importância. Observo especialmente os itens relacionados à desesperança e à suicidalidade no Inventário de Depressão de Beck-II. Se esses itens forem elevados, farei uma avaliação do risco (Wenzel et al., 2008) para determinar se precisamos passar a próxima parte da sessão desenvolvendo um plano para manter a paciente segura.

> **P:** E se... o paciente não conseguir ou não preencher os testes objetivos?

R: Se você não tiver acesso à lista dos sintomas, se ela for inapropriada para o paciente (p. ex., o paciente não é suficientemente alfabetizado) ou se ele expressa relutância quanto ao preenchimento, você poderá ensiná-lo, nessa sessão inicial ou na próxima sessão, a classificar o seu humor em uma escala de 0 a 10. “Você consegue pensar na semana passada? Se 0 significar não deprimida e 10 significar o mais deprimida que você já esteve, como esteve a sua depressão na maior parte da semana?” Ou você poderá perguntar ao paciente: “Você poderia me falar sobre a sua depressão nesta semana? Você diria que estava leve, moderada ou grave? Como o seu humor se comparava às outras semanas?”. Outros problemas relacionados à verificação do humor são discutidos no Capítulo 8.

OBTENDO UMA ATUALIZAÇÃO

Na parte seguinte da sessão, você questionará o paciente para descobrir se existem problemas importantes ou temas que ele ainda não mencionou e que poderiam ter prioridade na sessão. Depois, você vai sondar a respeito das experiências positivas que o paciente teve durante a semana.

TERAPEUTA: Bem, o que aconteceu entre a avaliação e agora que seja importante que eu saiba?

PACIENTE: (*Pensa*) Bem, meus pais têm-me pressionado muito para decidir o que eu vou fazer neste verão.

TERAPEUTA: [coletando dados sobre o problema para identificar se é de importância imediata e de alta prioridade] Isso foi muito perturbador para você?

PACIENTE: (*Suspira*) Não muito. É só uma coisa a mais.

TERAPEUTA: Isso é uma das coisas para as quais você quer a minha ajuda?

PACIENTE: Sim, acho que sim.

TERAPEUTA: Nós não temos muito tempo hoje. Você acha que poderia adiar esse assunto até a próxima vez?

PACIENTE: Tudo bem.

TERAPEUTA: Vou colocar isso no fim das minhas anotações e perguntar-lhe na próxima semana se é uma alta prioridade para você.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Existe alguma outra coisa que foi muito importante nesta semana?

PACIENTE: Não, acho que não. Eu estava muito como na semana anterior.

Fazendo essas perguntas, eu descubro que não há um problema importante que precise assumir a prioridade sobre o que já está na pauta, então sigo em frente.

Como você decide quais são os problemas urgentes e quais não são? Você vai identificar o quanto o paciente está angustiado com o problema e se ele realmente precisa resolvê-lo imediatamente (p. ex., não resolvê-lo poderia deixar em perigo o paciente ou outras pessoas,

ou ameaçar o seu sustento ou outra situação de vida). A discussão da maioria dos problemas, especialmente os crônicos (como a dificuldade de funcionamento em casa ou discussões com familiares), geralmente pode ser adiada para uma sessão futura, de modo que você possa abordar o que precisa nessa sessão inicial.

P: E se... houvesse um item urgente na pauta?

R: Existem várias razões para se desviar da estrutura habitual na primeira sessão:

1. Se o paciente estiver em risco ou estiver colocando os outros em risco.
2. Se o paciente estiver tão angustiado com um problema que não consegue focar nos tópicos que você quer abordar.
3. Se você avalia que o paciente ficará tão perturbado por não discutir o problema que a relação terapêutica seria prejudicada e/ou que provavelmente o paciente não voltaria para outra sessão.

Quando você pede uma atualização ao paciente no início do tratamento, ele invariavelmente relatará apenas as experiências negativas. Então você pergunta: “Que coisas positivas aconteceram nesta semana?” ou “Quais foram os momentos em que você se sentiu um pouquinho melhor nesta semana?”. Essas perguntas ajudam o paciente a ver a realidade mais claramente, já que a depressão sem dúvida o levou a focar quase exclusivamente no negativo.

DISCUTINDO O DIAGNÓSTICO

Na parte seguinte da sessão, você irá examinar rapidamente os problemas atuais do paciente e pedirá que o deixe atualizado:

TERAPEUTA: Sally, eu gostaria de discutir o que descobri na sessão de avaliação na semana passada. Tudo bem para você se eu falar um pouco sobre o seu diagnóstico?

A maioria dos pacientes quer saber o seu diagnóstico geral e constatar que você não acha que eles são estranhos ou anormais. Geralmente, é preferível evitar o rótulo do diagnóstico de um transtorno da personalidade. Em vez disso, é melhor dizer algo mais geral e sem jargões, como: "Parece que você tem estado deprimida durante o último ano e teve alguns problemas com relacionamentos e no trabalho". Também é recomendável dar ao paciente alguma informação inicial sobre a sua situação para que ele possa começar a atribuir alguns dos seus problemas ao seu transtorno, em vez de ao seu caráter ("Tem alguma coisa errada comigo. Eu sou defeituosa."). A transcrição a seguir ilustra como educar o paciente que está deprimido.

TERAPEUTA: A avaliação mostra que você tem uma depressão moderada. Eu quero que você saiba que essa é uma doença real. Não é o mesmo que as pessoas costumam dizer "Eu estou tão deprimida" quando estão se sentindo tristes. Você tem uma verdadeira depressão.

PACIENTE: (*Suspira*)

TERAPEUTA: Eu sei disso porque você tem os sintomas que estão neste manual diagnóstico (*mostrando a Sally o DSM*). Para cada transtorno de saúde mental, este manual lista os sintomas, assim como um manual diagnóstico de neurologia listaria os sintomas de uma enxaqueca.

PACIENTE: Ah, eu não sabia disso.

TERAPEUTA: [dando esperanças] Felizmente, a terapia cognitivo-comportamental é muito eficaz para ajudar as pessoas a superar a depressão.

PACIENTE: Eu tinha medo de que você achasse que eu sou louca.

TERAPEUTA: De forma alguma. [normalizando] Você tem um transtorno bastante comum, e parece que tem muito dos mesmos

problemas que a maioria dos nossos pacientes aqui. Mas isso é típico de como pensam as pessoas com depressão. Como você se sente agora que descobriu que eu não acho que seja louca?

PACIENTE: (*Suspira*) Aliviada.

TERAPEUTA: Isso é boa parte do que iremos fazer durante o tratamento. Identificar seus pensamentos depressivos e ajudá-la a ver as coisas de uma forma mais realista.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: [prevendo que Sally poderia se culpar por pensar de forma irrealista] Não é culpa sua ter esse tipo de pensamento. Esse é um dos sintomas principais. Para todos os que têm depressão, é como se estivessem vendo a si mesmos e ao seu mundo e o futuro [a *tríade cognitiva* da depressão] através de óculos cobertos com tinta preta. (*Faço um gesto, como se estivesse pintando um par de óculos imaginários no meu rosto*.) Esses óculos escuros fazem *tudo* parecer sombrio e desanimador. Parte do que vamos fazer na terapia é raspar a tinta preta (*fazendo gestos*) de modo que você possa ver as coisas de uma forma mais realista... Está claro? [Usar uma analogia costuma ajudar o paciente a ver a sua situação de um modo diferente.]

PACIENTE: Sim, entendo.

TERAPEUTA: Ok, vamos examinar alguns outros sintomas de depressão que você tem. Vejo pela avaliação que a depressão está interferindo no seu sono e na sua energia. Parece que também está afetando a sua motivação para fazer as coisas. [normalizando] A maioria das pessoas deprimidas começa a se criticar por não ser a mesma de antes. [pedindo exemplos de incidentes específicos] Você se lembra de algum incidente recente em que você se criticou?

PACIENTE: (*Suspira*) Sim. Ultimamente eu tenho saído da cama muito tarde e não faço as minhas tarefas, e penso que sou preguiçosa e não sou boa.

TERAPEUTA: Se você tivesse pneumonia e tivesse problemas para sair da cama e cumprir com seus compromissos, você se chamaria de preguiçosa ou diria que não é boa?

PACIENTE: Não, acho que não.

TERAPEUTA: Será que durante esta semana ajudaria se você respondesse ao pensamento “Eu sou preguiçosa e não sou boa”?

PACIENTE: Provavelmente.

TERAPEUTA: O que você poderia dizer para se lembrar? [Estimular uma resposta, em vez de simplesmente dar uma pronta, incentiva a

participação ativa e dá um certo grau de autonomia.]

PACIENTE: Eu acho que *estou* deprimida, e é mais difícil fazer as coisas.

TERAPEUTA: Bom. Será realmente muito importante que você se lembre disso nesta semana. Você gostaria que eu escrevesse isso para você? Ou você prefere escrever?

PACIENTE: Você pode escrever.

TERAPEUTA: (*pegando um pedaço de papel carbonado [veja a Figura 5.1]*) Ok, vou colocar a data no alto deste papel. Agora, como deveríamos chamar isso: seu exercício de casa? Seu plano de ação?

PACIENTE: Exercício de casa, eu acho.

TERAPEUTA: Bom. (*Escreve "Exercício de Casa" no alto*) O primeiro item é ler alguma coisa sobre o que acabamos de discutir. Vou anotar: "Se eu começar a pensar que sou preguiçosa e não sou boa, devo me lembrar de que tenho uma doença real, chamada depressão, que me dificulta fazer as coisas". (*fazendo uma pausa e prevendo que essa afirmação poderia levar à desesperança*) Tudo bem se eu escrever outro lembrete? "Quando o tratamento começar a funcionar, a minha depressão vai melhorar e as coisas vão ficar mais fáceis."

22 de janeiro

Exercício de Casa

Ler esta lista duas vezes por dia; colocar um alarme para me lembrar.

1. Se eu começar a pensar que sou preguiçosa e não sou boa, devo me lembrar de que tenho uma doença real, chamada depressão, que me dificulta fazer as coisas. Quando o tratamento começar a funcionar, minha depressão vai melhorar e as coisas vão ficar mais fáceis.
2. Ler a lista de objetivos e acrescentar outros, se eu pensar em algum.
3. Quando eu notar que o meu humor está piorando, devo me perguntar: "O que está passando pela minha cabeça neste momento?" e tomar nota dos pensamentos. Devo me lembrar de que simplesmente pensar em alguma coisa não significa necessariamente que ela seja verdadeira.
4. Fazer planos com Allison e Joe. Lembrar que se eles disserem não, é provável que quisessem sair comigo, mas estão muito ocupados.
5. Ler o folheto *Enfrentando a depressão* **(opcional).**

FIGURA 5.1. Lista de Exercícios de Casa da Primeira Sessão de Sally.

> **P:** E se... o paciente negar a analogia?
>
> **R:** Alguns pacientes dizem: "Sim, mas pneumonia é uma doença biológica". Uma boa resposta a isso inclui os sintomas depressivos específicos que o paciente está experimentando: "A depressão é *biológica* também; ela é uma doença real com sintomas reais. Já simplesmente sentir-se triste ou desanimado não é uma doença. Mas não é bem isso que você está sentindo. Você vem se sentindo triste, deprimido e desanimado, tem sido autocrítico, quase nada lhe interessa mais, tem-se afastado das atividades, seu sono e energia foram afetados. É assim que eu sei que você tem uma doença real, tudo muito real como a pneumonia".

Muitos pacientes se beneficiam com outra prescrição como exercício de casa, como a leitura de um capítulo específico de um livro de terapia cognitivo-comportamental para leigos sobre depressão (veja www.academyofct.org) ou de um folheto como *Enfrentando a depressão* (veja www.beckinstitute.org), que reforçará ideias importantes dessa sessão. Peça ao paciente para fazer anotações mentais ou por escrito sobre as coisas com que concorda, discorda ou sobre as quais tem alguma pergunta.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

A seguir, você irá focar na identificação de problemas específicos. Como uma extensão lógica, você ajudará o paciente a transformar esses problemas em objetivos a serem trabalhados no tratamento.

TERAPEUTA: Agora vamos examinar os problemas que você está tendo.

PACIENTE: (*Suspira*) Ah, eu não sei. Tudo está muito confuso. Eu estou me saindo muito mal nos estudos. Estou ficando para trás. Eu me sinto tão cansada e desanimada o tempo todo. Às vezes, me dá vontade de desistir.

TERAPEUTA: (*questionando para se certificar de que Sally não está ativamente suicida*) Você já teve algum pensamento de se machucar?

PACIENTE: Não, na verdade não. Eu só queria que todos os meus problemas fossem embora de algum jeito.

TERAPEUTA: (*enfaticamente*) Parece que você está se sentindo sobrecarregada?

PACIENTE: Sim, eu não sei o que fazer.

TERAPEUTA: [ajudando Sally a focar e desmembrar seus problemas, deixando-os de um tamanho mais manejável] Ok, parece que você tem dois grandes problemas agora. Um é que você não está se saindo bem nos estudos. O outro é que você se sente muito cansada e deprimida. Tem algum outro?

PACIENTE: Bem, como eu lhe disse na semana passada, eu sei que fico muito tempo sozinha no meu quarto. Eu deveria estar passando mais tempo com os amigos.

TERAPEUTA: [fazendo Sally participar mais ativamente do processo de definição dos objetivos] Ok, vamos transformar esses problemas em objetivos. Você gostaria de anotar ou faço eu?

PACIENTE: Pode ser você.

TERAPEUTA: Ok. (*escrevendo em cooperação*) Então, a primeira coisa que você mencionou foi melhorar o seu rendimento nos estudos. Depois você mencionou diminuir a sua preocupação com testes e notas e passar mais tempo com os amigos. Muito bem. Que outros objetivos você tem? Em que você gostaria de ser diferente? Ou

como você gostaria que a sua vida fosse diferente como resultado do tratamento?

PACIENTE: (*pausa*) Eu gostaria de ser mais feliz.

TERAPEUTA: [reforçando a paciente] Esse é um bom objetivo.

Esse objetivo, no entanto, é muito amplo. É difícil imaginar como ajudar o paciente a ficar mais feliz, então peço a Sally que especifique em termos comportamentais o que "mais feliz" significa para ela.

TERAPEUTA: E se você fosse mais feliz e não se sentisse deprimida, o que estaria fazendo?

PACIENTE: Acho que me envolveria em algumas atividades acadêmicas, como eu fiz no ano passado... Eu me divertiria um pouco e não me sentiria deprimida o tempo todo.

TERAPEUTA: Muito bem, vou acrescentar isso à lista: participar das atividades acadêmicas e fazer mais atividades divertidas.

Lista de Objetivos – 1o de fevereiro

1. Melhorar nos trabalhos da faculdade.
2. Diminuir a preocupação com testes e notas.
3. Passar mais tempo com os amigos.
4. Participar das atividades acadêmicas.
5. Fazer mais atividades divertidas.

TERAPEUTA: Como exercício de casa, você poderia ler essa lista do início ao fim e ver se tem algum outro objetivo a acrescentar?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: (*Acrescenta essa tarefa à Lista de Exercícios de Casa*.) Ok, agora, antes de continuarmos, eu posso resumir rapidamente o que já fizemos até aqui? Nós fizemos a pauta, falamos sobre o diagnóstico e começamos a lista de objetivos.

Nessa parte da sessão, me assegurei de que a lista de objetivos estivesse registrada por escrito. Também guiei Sally na especificação de um objetivo geral ("Eu gostaria de ser mais feliz") em termos comportamentais. Em vez de permitir que uma discussão dos objetivos dominasse a sessão, pedi que ela aprimorasse a lista para os exercícios de casa. Por fim, resumi o que havíamos discutido até aquele ponto. Fazer isso ajuda a tornar o processo terapêutico mais compreensível e

mantém-nos no curso.

P: E se... um paciente definir objetivos para outra pessoa?

R: Ocasionalmente, os pacientes definem um objetivo sobre o qual não apresentam controle direto: “Eu gostaria que o meu parceiro fosse mais gentil comigo”; “Eu quero que meu chefe pare de me pressionar tanto”; “Eu quero que meus filhos me escutem”. Nesse caso, é importante ajudá-los a expressar o objetivo de forma que seja algo sobre o que eles *realmente* tenham controle:

TERAPEUTA: Eu não quero lhe prometer que vamos fazer *diretamente* com que Joe seja mais gentil com você. O que você acha de dizer desta forma: “Aprender novas maneiras de falar com Joe”? Talvez, se assumisse o controle e mudasse o que *você está fazendo*, isso tenha algum impacto em Joe.

Para uma discussão mais completa do que fazer quando o paciente define objetivos para os outros, veja J. S. Beck (2005).

EDUCANDO O PACIENTE SOBRE O MODELO COGNITIVO

Uma característica importante da primeira sessão é ajudar o paciente a entender como o seu pensamento afeta suas reações, preferencialmente usando seus próprios exemplos. Você pode aproveitar as afirmações espontâneas do paciente durante a sessão (p. ex., "Eu não consigo fazer nada certo. Nada pode ajudar. Eu nunca vou me sentir melhor"). Ou você pode perguntar: "O que está passando pela sua cabeça neste momento?" quando notar uma alteração no afeto. No entanto, provavelmente será mais fácil para o terapeuta novato dedicar uma parte da primeira sessão à psicoeducação sobre a relação entre situações desencadeantes, imagens ou pensamentos automáticos e reações (emocionais, comportamentais e fisiológicas).

TERAPEUTA: Podemos conversar por uns minutos sobre como o seu pensamento afeta seu humor? Você consegue pensar em algum momento nos últimos dias em que notou que o seu humor mudou, ou quando você se deu conta de que havia ficado particularmente perturbado?

PACIENTE: Acho que sim.

TERAPEUTA: Pode me falar um pouco sobre isso?

PACIENTE: Eu estava almoçando com alguns colegas da minha turma de inglês e comecei a me sentir muito mal. Eles estavam falando sobre alguma coisa que o professor disse em aula e que eu realmente não entendi.

TERAPEUTA: Você se lembra do que estava pensando?

PACIENTE: Hummm, que eles eram muito mais inteligentes do que eu. Que eu provavelmente vou ser reprovada no curso.

TERAPEUTA: (*usando as palavras precisas de Sally*) Então você teve os pensamentos: "Eles são muito mais inteligentes do que eu. Eu provavelmente vou ser reprovada no curso". E como esses pensamentos fazem você se sentir emocionalmente? Feliz, triste, preocupada, brava...?

PACIENTE: Ah, triste, realmente triste.

TERAPEUTA: Ok, e que tal se fizermos um diagrama? Você acabou de dar um bom exemplo de como, em uma situação específica, seus pensamentos influenciam sua emoção. (*Compõe o diagrama a seguir*

e examina-o com Sally.) Ele está claro para você? Que a forma como você encarou essa situação a levou a pensamentos automáticos que então influenciaram como você se sentiu?

PACIENTE: Acho que sim.

Situação: *No almoço com colegas de aula.*
↓
Pensamentos automáticos: "Eles são muito mais inteligentes do que eu. Eu provavelmente vou ser reprovada no curso."
↓
Reação (emocional): *Triste*

TERAPEUTA: Vamos ver se conseguimos reunir mais uns dois exemplos dos últimos dias. Houve alguma outra vez em que você estava se sentindo particularmente perturbada?

PACIENTE: Bem, há apenas alguns minutos, quando eu estava na sala de espera. Eu estava me sentindo muito deprimida.

TERAPEUTA: E o que estava passando pela sua cabeça naquele momento?

PACIENTE: Eu não me lembro exatamente.

TERAPEUTA: [tentando tornar a experiência mais vívida na mente de Sally] Você consegue agora se imaginar de volta, esperando na sala de espera? Consegue se imaginar sentada lá? Descreva para mim a cena como se estivesse acontecendo neste momento.

PACIENTE: Bem, eu estou sentada na cadeira perto da porta, longe da recepcionista. Entra uma mulher, ela está sorrindo e falando com a recepcionista. Ela parece meio feliz e... normal.

TERAPEUTA: E como você está se sentindo enquanto olha para ela?

PACIENTE: Meio triste.

TERAPEUTA: O que estava passando pela sua cabeça?

PACIENTE: Ela não é como eu. Ela está feliz. Eu nunca vou ser assim de novo.

TERAPEUTA: [reforçando o modelo cognitivo] Ok. Esse é outro bom exemplo. A situação foi que você viu uma mulher que parecia feliz na recepção e pensou: "Eu nunca vou ser assim de novo" – e esse pensamento fez você se sentir triste. Está claro para você?

PACIENTE: É, acho que sim.

TERAPEUTA: [certificando-se de que Sally consegue verbalizar sua compreensão do modelo cognitivo] Você pode me falar com suas próprias palavras sobre a conexão entre pensamentos e

sentimentos?

PACIENTE: Bem, parece que meus pensamentos afetam como eu me sinto.

TERAPEUTA: Sim, está certo. [facilitando para que Sally realize durante a semana o mesmo trabalho que estamos realizando na sessão] O que eu gostaria que você fizesse, se você concordar, é ficar atenta nesta próxima semana ao que está passando pela sua cabeça quando você percebe seu humor mudando ou ficando pior. Ok?

PACIENTE: Certo.

TERAPEUTA: Na verdade, que tal se eu anotasse isto na Lista de Exercícios de Casa: *Quando eu notar que meu humor está ficando pior, perguntar: "O que está passando pela minha cabeça?" e anotar os pensamentos.* Quando você vier na próxima semana, poderemos avaliar seus pensamentos para ver se eles são 100% verdadeiros, 0% verdadeiros ou se estão em uma posição intermediária. Ok?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Muitas vezes, porque está deprimida, você vai achar que esses pensamentos *não são* completamente adequados. Vou anotar uma coisa aqui, também: *Só porque eu penso em alguma coisa, não quer dizer necessariamente que ela é verdadeira.* Quando acharmos que os seus pensamentos não são verdadeiros, ou não completamente verdadeiros, eu vou lhe ensinar como encarar a situação de uma maneira mais realista. Quando você fizer isso, acho que descobrirá que se sente melhor. Por exemplo, podemos achar que os nossos colegas de classe não são muito mais inteligentes que você e que a razão pela qual você tem que se esforçar tanto não tem nada a ver com a sua inteligência, mas tem tudo a ver com o fato de estar deprimida, e poderemos, então, ver soluções para ajudá-la com a faculdade. Por exemplo, você poderia pedir ajuda a um amigo, a um monitor ou a um professor particular.

PACIENTE: Isso parece difícil.

TERAPEUTA: Esse é outro bom exemplo de um pensamento automático: "Isso parece difícil". É para isso que eu estou aqui. Estaremos trabalhando como uma equipe, juntas, para lhe ajudar a resolver seus problemas, e iremos passo por passo. (*pausa*) Você consegue perceber como a mudança no seu pensamento e a solução de alguns problemas poderiam ajudar a melhorar o seu humor?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: (*usando um tom de voz estimulador*) E eu acho que você

descobrirá que vai ficar boa nisso rapidamente. Enquanto isso, você poderia tentar anotar outros pensamentos depressivos como esse para que possamos examiná-los na próxima sessão?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: [verificando se Sally prevê alguma dificuldade com a tarefa que exige pensar antecipadamente uma solução] Você acha que vai encontrar algum problema em fazer isso?

PACIENTE: Não. Eu acho que vou conseguir.

TERAPEUTA: Muito bem. Mas mesmo que você não consiga, tudo bem. Você vai voltar na próxima semana e trabalharemos nisso juntas.

PACIENTE: Ok.

Nesta seção, explico, ilustro e registro o modelo cognitivo *com exemplos do próprio paciente*. Procuro limitar minhas explicações a poucas frases por vez; pacientes deprimidos, em particular, têm dificuldade de concentração. Eu também peço que Sally repita o que eu falei com as suas próprias palavras para que eu possa verificar se ela entendeu. Caso ela tivesse habilidades cognitivas prejudicadas ou limitadas, eu teria usado um material de aprendizagem mais concreto, como rostos com várias expressões para ilustrar as emoções, personagens de histórias em quadrinhos com os "balões de pensamento" vazios acima das suas cabeças.

> **P:** E se... o paciente tiver dificuldade para entender o modelo cognitivo na primeira sessão?
>
> **R:** Você decidirá se deve tentar outras técnicas (veja o Capítulo 9) ou voltar a essa tarefa na sessão seguinte. O bom senso diz para você não forçar demais, o que poderia levar o paciente a pensamentos negativos quanto à competência dele ou sobre você. Se você decidir não dar mais explicações do modelo cognitivo neste momento, tenha o cuidado de minimizar a importância dessa habilidade para reduzir a probabilidade de que o paciente se culpe. ("Às vezes, é difícil entender esses pensamentos. Geralmente eles são muito rápidos. Mas isso não é um grande problema. Nós voltaremos a isso em um outro momento.")

DISCUSSÃO DO PROBLEMA OU ATIVAÇÃO COMPORTAMENTAL

Se houver tempo nessa primeira sessão, você começará a discutir um problema específico de interesse significativo para o paciente. O desenvolvimento de formas alternativas de encarar o problema ou os passos concretos que o paciente pode dar para resolvê-lo, tendem a aumentar a esperança de que o tratamento seja efetivo. A menos que o paciente expresse um problema de maior importância, tente obter a sua concordância em discutir o problema da inatividade – ou seja, se ele se afastou das atividades ou está, de modo geral, pelo menos um pouco inativo. A superação da passividade depressiva e a criação de oportunidades de sentir prazer e uma sensação de estar no controle são essenciais para a maioria dos pacientes deprimidos. A ativação comportamental é discutida no próximo capítulo.

RESUMO DE FINAL DA SESSÃO E PRESCRIÇÃO DOS EXERCÍCIOS DE CASA

O resumo final conecta os assuntos da sessão e reforça os pontos importantes. Também inclui uma revisão do que o paciente concordou em fazer como exercício de casa.

TERAPEUTA: Sally, o nosso tempo está quase acabando. Você pode me dizer o que acha que é mais importante de se lembrar nesta semana? Você pode consultar suas anotações [Figura 6.1].

PACIENTE: Bem, eu acho que não sou preguiçosa. E eu posso ter muitos pensamentos depressivos que farão com que eu me sinta mal, mesmo que eles não sejam verdadeiros.

TERAPEUTA: Certo. E que tal a ideia de que ficar mais ativa poderia ajudar a melhorar seu humor?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Podemos examinar o exercício de casa agora? Eu quero ter certeza de que ele seja possível de ser realizado. (*apontando para o papel*) A primeira coisa que eu anotei é você lembrar que está deprimida, assim não vai começar a pensar que é defeituosa. Então, como você vai se lembrar de fazer isso? Você acha que poderia ler esta folha de papel quando se levantar todas as manhãs?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Quanto tempo acha que vai levar para fazer isso?

PACIENTE: Não sei. Talvez uns 5 minutos?

TERAPEUTA: Na verdade, acho que levará menos de um minuto.

PACIENTE: Sim, provavelmente.

TERAPEUTA: Como você vai se lembrar de fazer isso?

PACIENTE: (*Pensa*) Não tenho muita certeza. Eu não quero deixar à vista, para que a minha colega de quarto não veja.

TERAPEUTA: [fazendo sugestões específicas] Você poderia guardar o papel em algum outro lugar, como na sua mochila? Talvez pudesse ativar o alarme do seu telefone celular e quando ele tocar você se lembrará de tirar o papel e lê-lo.

PACIENTE: Sim, isso funcionaria.

TERAPEUTA: Também seria bom lê-lo pelo menos mais uma vez por dia. Quando você acha que isso lhe ajudaria mais?

PACIENTE: (*Pensa*) Provavelmente logo depois do jantar.

TERAPEUTA: Parece bom. Você também quer preparar um alarme para essa hora?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Eu vou escrever este plano no alto da folha.

A seguir, continuamos a falar sobre a folha de prescrição de exercícios, comentando em voz alta quanto tempo provavelmente levará para realizar cada tarefa. Muitos pacientes superestimam a dificuldade e duração das tarefas. Especificar o tempo necessário ajuda a aliviar a sobrecarga percebida.

TERAPEUTA: Sally, também falamos anteriormente na sessão em você, esta semana, acrescentar objetivos na sua lista de objetivos. Você acha que pode usar um ou dois minutos para fazer isso nesta semana?

PACIENTE: É claro.

TERAPEUTA: E, por fim, eu tenho um folheto aqui sobre depressão [*Enfrentando a depressão (Coping with Depression)**; veja também o Apêndice B]. Podemos deixá-lo como opcional?

PACIENTE: (*Acena com a cabeça afirmativamente*)

TERAPEUTA: Acho que vai levar uns cinco a dez minutos para ler. Caso você leia, poderá fazer anotações mentais ou por escrito sobre os pontos com os quais concorda e do que discorda.

PACIENTE: Ok.

Nessa parte da sessão, desejo maximizar as chances de que Sally faça o exercício de casa e se sinta bem-sucedida. Se você perceber que talvez o paciente não vá realizar alguma parte da prescrição de exercícios, poderá sugerir trocá-la ("Você acha que terá problemas para anotar seus pensamentos?" [Em caso positivo] "Você acha que deveríamos deixar isto como opcional?"). Pacientes deprimidos podem facilmente se sentir sobrecarregados e depois autocríticos se não completarem as prescrições do seu exercício de casa. (Veja o Capítulo 17 para uma discussão mais detalhada dos exercícios de casa.)

Também discutimos quando seria útil que Sally lesse essa folha. É importante observar que ela, acostumada a fazer as tarefas de casa acadêmicas, tem menos probabilidade de se sentir sobrecarregada e maior probabilidade de levar até o fim essas atividades do que teria outro paciente deprimido. Alguns pacientes podem decidir por transferir essa lista escrita para seu *smartphone* ou outro aparelho eletrônico.

FEEDBACK

O elemento final de cada sessão, pelo menos inicialmente, é o *feedback*. Quase no fim da sessão, a maioria dos pacientes se sente confiante em relação ao terapeuta e à terapia. Estimular o *feedback* fortalece ainda mais o *rapport*, transmitindo a mensagem de que você se importa com o que o paciente pensa. Também dá ao paciente a oportunidade de expressar algum mal-entendido e a você a chance de esclarecê-lo. Ocasionalmente, o paciente poderá fazer uma interpretação idiossincrática de algo que você disse ou fez. Perguntar-lhe se houve alguma coisa que o aborreceu lhe dará a oportunidade de expressar e depois testar as suas conclusões. Além do *feedback* verbal, você poderá decidir fazer o paciente preencher um Relatório da Terapia (veja a Figura 5.2).

TERAPEUTA: Ao fim de cada sessão, vou lhe perguntar como você achou que ela transcorreu. Na verdade, você terá *duas* chances – me dizendo diretamente ou por escrito, em um Relatório da Terapia, que você poderá preencher na sala de espera após a sua sessão. Eu vou ler esse relatório, e, se houver algum problema, poderemos colocá-lo na pauta da nossa próxima sessão. Ok?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: O que você achou da sessão de hoje? Houve alguma coisa em relação a esta sessão que lhe aborreceu ou algo que você achou que eu me enganei?

PACIENTE: Não, foi boa.

TERAPEUTA: Alguma coisa que você gostaria que fizéssemos diferente na próxima sessão?

PACIENTE: Não, eu acho que não.

TERAPEUTA: Ok, então. Foi um prazer trabalhar com você hoje. Por favor, agora preencha o Relatório da Terapia na sala de espera e, para a próxima sessão, os outros formulários que lhe entreguei antes da nossa sessão. E você vai tentar fazer os exercícios que anotou na sua folha de exercícios de casa, certo?

PACIENTE: (*Acena com a cabeça afirmativamente*) Certo, obrigada.

TERAPEUTA: Vejo você na semana que vem.

1. O que abordamos hoje que é importante que você se recorde?

2. O quanto você sentiu que poderia confiar na sua terapeuta hoje?

3. Houve alguma coisa que o aborreceu em relação à terapia hoje? Em caso afirmativo, o que foi?

4. Quantos exercícios você tinha feito para a terapia hoje? Qual a probabilidade de você fazer seus novos exercícios de casa?

5. O que você deseja assegurar que será abordado na próxima sessão?

FIGURA 5.2. Relatório da Terapia. Extraída de J. S. Beck (2011). Copyright 2011, Judith S. Beck. Reproduzida com permissão.

Reproduzida com permissão em *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática, segunda edição,* Judith S. Beck (Guilford Press, 2011). A reprodução deste material é permitida aos compradores deste livro unicamente para uso pessoal. Os compradores poderão fazer o *download* de uma versão ampliada (em inglês) deste material no *site* www.guilford.com/p/beck4.

P: E se... o paciente tiver uma reação negativa à sessão?

R: Você tentará detalhar o problema e identificar o seu significado para o paciente. A seguir, intervém ou marca o problema para intervenção na próxima sessão, como no exemplo a seguir.

TERAPEUTA: Houve alguma coisa nesta sessão que a aborreceu?

PACIENTE: Eu não sei... Não tenho certeza se esta terapia é para mim.

TERAPEUTA: Você acha que não vai ajudar?

PACIENTE: Não, na verdade não. Sabe, eu tenho problemas na vida real. *Não é* apenas o meu pensamento.

TERAPEUTA: Fico contente que você tenha me falado. Isso me dá a oportunidade de dizer que eu *realmente* acredito que você tem problemas na vida real. Eu não quis dizer o contrário. Os problemas com o seu chefe, seus vizinhos e seus sentimentos de solidão... É claro, eles são problemas

reais, problemas nos quais iremos trabalhar para resolver. Eu *não* acho que tudo o que precisamos fazer é observar seus pensamentos. Peço desculpas se eu lhe dei essa impressão.

PACIENTE: Tudo bem... É só que... bem, eu me sinto tão sobrecarregada. Eu não sei o que fazer.

TERAPEUTA: Você está disposta a voltar na próxima semana para que possamos trabalhar juntas o sentimento de estar sobrecarregada?

PACIENTE: É, acho que sim.

TERAPEUTA: O exercício de casa também está contribuindo para o sentimento de estar sobrecarregada?

PACIENTE: (*pausa*) Talvez.

TERAPEUTA: Como você gostaria de fazer? Poderíamos deixar o exercício de casa como opcional, ou parte dele opcional, se você quiser.

PACIENTE: (*suspiro de alívio*) É, assim seria melhor.

TERAPEUTA: O que parece ser mais difícil de fazer?

PACIENTE: Tentar monitorar os meus pensamentos.

TERAPEUTA: Ok, vamos escrever "opcional" ao lado deste. Ou eu devo riscar?

PACIENTE: Não, você pode escrever "opcional."

TERAPEUTA: (*Faz isso*) O que mais parece difícil demais?

PACIENTE: Talvez telefonar para meus amigos. Eu não sei se estou disposta a fazer isso.

TERAPEUTA: Ok, eu devo escrever "opcional" ou riscar?

PACIENTE: Talvez riscar.

TERAPEUTA: Ok. (*Faz isso*) Houve mais alguma coisa que a aborreceu na sessão de hoje?

Aqui, a terapeuta reconhece a necessidade de fortalecer a aliança terapêutica. Ela não havia percebido os sinais de insatisfação da paciente durante a sessão, ou então a paciente conseguiu esconder. Se a terapeuta não tivesse pedido um *feedback* sobre a sessão ou fosse menos apta para lidar com o *feedback* negativo, é possível que a paciente não retornasse para uma outra sessão. A flexibilidade do terapeuta em relação aos exercícios prescritos ajuda o paciente a reexaminar seus receios quanto à adequação da terapia cognitivo-comportamental. Ao responder ao *feedback* e fazer ajustes necessários, o terapeuta demonstra compreensão e empatia

com o paciente, o que facilita a colaboração e a confiança.

O terapeuta não deve esquecer-se de expressar, no início da sessão seguinte, o quanto é importante que eles trabalhem como uma equipe para adequar o tratamento e os exercícios de casa de modo que o paciente os considere úteis. O terapeuta também usa essa dificuldade como uma oportunidade para aprimorar a conceituação do paciente. No futuro, o terapeuta garante que o exercício de casa seja definido mais colaborativamente com o paciente e que ele não se sinta sobrecarregado.

A sessão inicial tem vários objetivos importantes: estabelecer o *rapport*, refinar a conceituação, familiarizar o paciente no processo e estrutura da terapia cognitivo-comportamental, educar o paciente sobre o modelo cognitivo e o(s) seu(s) transtorno(s) e instilar esperança e algum alívio do sintoma. Desenvolver uma aliança terapêutica sólida e estimular o paciente a aliar-se a você para atingir os objetivos terapêuticos é de importância fundamental nessa sessão. O Capítulo 7 descreve a estrutura das sessões terapêuticas posteriores, e o Capítulo 8 trata das dificuldades na estruturação das sessões.

* N. de T. Disponível para aquisição (em inglês) em www.beckinstitute.org/product/coping-with-depression/

Capítulo 6

ATIVAÇÃO COMPORTAMENTAL

Um dos objetivos iniciais mais importantes com pacientes deprimidos é planejar as atividades. Alguns se afastaram de pelo menos algumas atividades que anteriormente lhes davam um sentimento de realização ou prazer e melhoravam seu humor, e muitos aumentaram certos comportamentos (ficar na cama, assistir à televisão, não fazer nada de especial) que mantêm ou aumentam sua disforia atual. Frequentemente, os pacientes acreditam que não podem mudar a forma como se sentem. Ajudá-los a se tornar mais ativos e dar-lhes crédito pelos seus esforços é parte essencial do tratamento, não somente para melhorar seu humor, mas também para fortalecer seu sentimento de autoeficácia, demonstrando a si mesmos que eles podem assumir maior controle do seu humor do que acreditavam anteriormente.

CONCEITUAÇÃO DE INATIVIDADE

Quando consideram envolver-se em atividades, os pensamentos automáticos depressivos do paciente frequentemente atrapalham.

Situação: *Pensar em iniciar uma atividade.*
↓
Pensamentos automáticos [habituais]: "Eu estou muito cansada. Não vou me divertir. Os meus amigos não vão querer sair comigo. Eu não vou conseguir fazer isso. Nada vai me fazer sentir melhor."

Reações emocionais [habituais]: *Tristeza, ansiedade, desânimo.*
↓
Comportamento [habitual]: *Permanece inativa*.

A relativa inatividade do paciente contribui, então, para o seu humor depressivo, pois lhe faltam oportunidades de adquirir um sentimento de domínio ou prazer, o que leva a mais pensamentos negativos, os quais, por sua vez, levam ao aumento da disforia e da inatividade, formando um círculo vicioso.

CONCEITUAÇÃO DE FALTA DE DOMÍNIO E PRAZER

Mesmo quando o paciente se envolve em várias atividades, ele frequentemente obtém níveis mais baixos de satisfação e prazer devido aos seus pensamentos automáticos autocríticos.

Situação: *Envolvimento em uma atividade.*
↓
Pensamentos automáticos [habituais]: "Estou fazendo um mau trabalho. Eu deveria ter feito isto muito tempo atrás. Ainda há tanta coisa a fazer. Não consigo fazer isto tão bem quanto fazia antes. Isto costumava ser mais divertido. Eu não mereço estar fazendo isto."
↓
Reações emocionais [habituais]: *Tristeza, culpa, raiva de si mesmo.*
↓
Comportamentos [habituais]: *Interrompe a atividade. Esforça-se para fazer mais do que um ponto razoável. Não consegue repetir esta atividade no futuro.*

Podem surgir pensamentos autocríticos quando o paciente se envolve em atividades ou depois delas, quando ele reflete sobre os resultados. Ao programar atividades, é importante prever pensamentos automáticos que poderiam interferir no início delas, bem como pensamentos que poderiam reduzir o sentimento de prazer ou realização do paciente durante ou depois da atividade.

Quando estiver tratando pacientes relativamente "fáceis" como Sally, você facilitará a identificação de atividades que potencialmente poderiam ajudá-los a se sentir melhor, acessará pensamentos intervenientes e colocará atividades prazerosas ou produtivas na sua programação. Você poderá ter que ajudar pacientes mais gravemente deprimidos a desenvolver uma programação hora a hora de atividades para a semana para se contrapor à sua grande passividade e inatividade. Também poderá ser útil, para alguns pacientes, classificar seu sentimento de prazer e realização após as atividades, examinar se por ficarem mais ativos e responderem aos seus pensamentos disfuncionais, realmente obtiveram melhora em seu humor.

Talvez a forma mais fácil e rápida de ativar comportamentalmente um paciente seja examinar sua programação diária típica. As perguntas a seguir podem guiar a discussão.

- Quais atividades o paciente está fazendo pouco, privando-se, assim, de obter um sentimento de realização (domínio), um sentimento de prazer, ou ambos? Elas podem ser atividades relacionadas ao trabalho ou à escola, à família, à amigos, vizinhos, voluntariado, esportes, *hobbies*, exercício físico, cuidados da casa, natureza, espiritualidade, ou no plano do sensual, intelectual ou cultural.
- O paciente tem um bom equilíbrio entre as experiências de domínio e prazer? Por exemplo, ele está sendo muito rigoroso consigo e então lhe falta prazer? Ele está evitando atividades que prevê como desafiadoras, e então tem poucas oportunidades de obter um sentimento de domínio?
- Que atividades estão mais deficientes no domínio e/ou prazer? Essas atividades são inerentemente disfóricas, como ficar ruminando na cama, e então a sua frequência deveria ser reduzida? Ou o paciente está se sentindo disfórico durante atividades potencialmente gratificantes devido ao seu pensamento depressivo?

Nas transcrições seguintes, examino a programação de Sally com ela, reforço suas conclusões sobre como ela poderia planejar melhor o seu tempo, incentivo seu comprometimento com mudanças específicas, exploro os pensamentos que poderiam impedir a instituição das mudanças, defino que seus pensamentos são previsões que podem ser testadas, ofereço-lhe a opção de um exercício de casa como experimento e a ensino a dar crédito a si mesma.

TERAPEUTA: Pensando na sua programação de atividades, o que você observa? Em que aspecto as suas atividades são diferentes, digamos, de um ano atrás, quando você não estava deprimida?

PACIENTE: Bem, eu estou passando muito tempo na cama.

TERAPEUTA: E ficar na cama lhe faz se sentir muito melhor? Você sai da cama sentindo-se renovada e com energia?

PACIENTE: (*Pensa*) Não... acho que não. Eu geralmente me sinto grogue e deprimida quando me levanto.

TERAPEUTA: Bem, essa é uma informação valiosa. [psicoeducando] Parece que a maioria das pessoas deprimidas acha que se sente melhor se ficar na cama. Mas elas geralmente descobrem que fazer *qualquer* outra coisa é melhor... O que mais está diferente?

PACIENTE: No semestre passado, eu saía mais com meus amigos, ou apenas dava umas voltas com eles. Agora, eu só vou do dormitório para a aula, para a biblioteca, lanchonete, e volto para o meu quarto.

TERAPEUTA: Isso lhe dá uma ideia do que você poderia querer mudar

nesta próxima semana?

PACIENTE: Sim, bem, eu gostaria de passar mais tempo com as outras pessoas, mas parece que não tenho nenhuma energia.

TERAPEUTA: Então você acaba ficando na cama?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Esta é uma ideia interessante que você tem: "Eu não tenho energia para passar um tempo com as pessoas". Vamos anotar isso. [investigando sobre a definição de um experimento comportamental] Como nós poderíamos testar essa ideia para ver se é verdadeira?

PACIENTE: Acho que eu poderia planejar passar algum tempo com os meus amigos e ver se consigo.

TERAPEUTA: [tentando motivar Sally a fazer isso] Haveria alguma vantagem em fazer isso?

PACIENTE: Acho que eu me sentiria melhor.

Pelo tom de voz de Sally, deduzo que ela poderia ficar relutante em realizar o experimento. Eu conceituo que os pensamentos automáticos poderiam estar interferindo.

Situação: *Discussão sobre passar um tempo com os amigos.*
↓
Pensamento automático: *??*
↓
Reação emocional: *Emoção negativa inespecífica.*

Para descobrir o pensamento automático de Sally, pergunto diretamente:

TERAPEUTA: O que está passando pela sua cabeça neste momento?

PACIENTE: Eu não sei.

TERAPEUTA: [apresentando a Sally exatamente o *oposto* do que eu na verdade achava que ela estava pensando] Você estava pensando como se divertiria com seus amigos?

PACIENTE: Não, eu acho que estou preocupada pensando que meus amigos não queiram sair comigo.

TERAPEUTA: Ok. [reforçando o modelo cognitivo] Você consegue perceber como esse pensamento pode impedi-la de se aproximar deles?

Mentalmente, levanto como hipótese o seguinte cenário:

Situação: *Pensar em sair com os amigos.*
↓
Pensamento automático: "Eles não vão querer sair comigo."
↓
Reação emocional: *Tristeza?*
↓
Provável reação comportamental (se ela não responder ao pensamento automático): *Ficar no seu quarto.*

A seguir, identifico se Sally consegue desenvolver a sua resposta ao pensamento. Quando não consegue, eu a ajudo a avaliar a validade do seu pensamento e a planejar um experimento comportamental.

TERAPEUTA: Como você pode responder a esse pensamento?

PACIENTE: ... Eu não sei.

TERAPEUTA: Você tem alguma evidência de que eles não vão querer sair com você?

PACIENTE: Não, na verdade não, a menos que estejam ocupados... Só que eu não ando muito divertida nos últimos dias.

TERAPEUTA: Eles disseram alguma coisa?

PACIENTE: Não...

TERAPEUTA: Você tem alguma evidência do contrário – de que talvez eles quisessem estar com você?

PACIENTE: (*Pensa*) Bem, Emily me convidou para almoçar com ela hoje, mas eu não podia.

TERAPEUTA: Ok, isso parece muito bom. Então como é que você poderia descobrir com certeza se Emily e os outros iriam querer sair com você?

PACIENTE: Acho que eu poderia perguntar se eles querem sair para jantar ou algo parecido.

A seguir, faço uma série de perguntas para montar o experimento comportamental de uma forma que maximize a chance de um resultado positivo.

TERAPEUTA: Quem seria mais fácil você convidar? Emily?

PACIENTE: Não, Allison e Joe, eu acho.

TERAPEUTA: Bom. Então você poderá testar duas das suas previsões. Uma, que os seus amigos não vão querer sair com você, e a outra que você está muito cansada para sair com eles. Isso lhe parece correto?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: [tentando aumentar a probabilidade de que Sally vá até o fim] Qual a probabilidade de você se aproximar de Allison e Joe ou outra pessoa?

PACIENTE: (*em um tom de voz afirmativo*) Eu vou fazer.

TERAPEUTA: [reconhecendo que Sally terá maior probabilidade de fazer isso se o fizer imediatamente] Você acha que poderia fazer isso hoje?

PACIENTE: Acho que sim. Eu poderia mandar uma mensagem de texto para eles após a sessão.

TERAPEUTA: [dando reforço positivo] Isso é ótimo. Se der certo, você conseguiria continuar tentando se encontrar com os amigos pelo resto da semana? O que você acha?

PACIENTE: Sim, ok.

TERAPEUTA: [levantando a hipótese de que Sally possa se afastar dos seus amigos se estiver muito deprimida] Você quer falar sobre o que dizer aos amigos sobre a sua depressão? Ou como dosar a conversa sobre isso com outras coisas mais alegres?

PACIENTE: Não, não é preciso. Eles já sabem que eu tenho andado para baixo. Eles me apoiam muito.

TERAPEUTA: Bom... [prevendo que Sally poderia se sentir pior se recusassem] No entanto, se acontecer de os seus amigos dizerem não, você acha que será importante se lembrar de que pode ser porque eles estão ocupados, e não porque não querem estar com você?

PACIENTE: É.

TERAPEUTA: Eu devo anotar isso?

PACIENTE: (*Concorda, acenando com a cabeça*)

TERAPEUTA: (*escrevendo*) “Se eles disserem não, é possível que quisessem sair comigo, mas estão muito ocupados.” (*pausa*) Bom. Agora, podemos voltar à sua programação de atividades? Você acha que precisa mudar alguma coisa?

PACIENTE: Acho que eu tenho assistido muito à televisão.

TERAPEUTA: Alguma coisa que você gostaria de experimentar para substituir isso nesta semana?

PACIENTE: Eu realmente não sei.

TERAPEUTA: Eu vejo que parece que você não está passando muito tempo desenvolvendo atividades físicas – correto?

PACIENTE: É. Eu costumava correr quase todas as manhãs ou nadar.

TERAPEUTA: E o que houve no caminho para você não fazer mais isso ultimamente?

PACIENTE: A mesma coisa que antes, eu acho. Eu me sentia muito cansada. E não achava que conseguiria aproveitar.

Situação: *Pensa em fazer exercícios.*
↓
Pensamentos automáticos: "Estou muito cansada. Não vou conseguir aproveitar."
↓
Reação emocional: *Disforia.*
↓
Reação comportamental: *Fica na cama.*

TERAPEUTA: Você gostaria de planejar mais exercícios, digamos, fazer uma corrida curta ou nadar algumas vezes nesta semana?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Qual a probabilidade de você fazer planos de ver os amigos e nadar ou correr – quem sabe pelo menos três vezes?

PACIENTE: Ah, eu vou fazer.

TERAPEUTA: Devemos escrever essas coisas em uma planilha de atividades [veja a Figura 6.1] para que aumente a probabilidade de você se comprometer com elas?

PACIENTE: Não, eu não preciso. Eu vou fazer.

TERAPEUTA: Mais uma coisa. Você acha que poderia se dar um mérito a cada vez que fizer uma dessas coisas? Você poderia simplesmente dizer: "Muito bom. Eu consegui".

PACIENTE: (*olhando com perplexidade*) Você está querendo dizer que quer que eu mesma reconheça o meu mérito por fazer planos com meus amigos?

TERAPETUA: Exatamente. [psicoeducando] Quando as pessoas estão deprimidas, com frequência é difícil para elas fazer coisas que costumavam fazer com facilidade. Fazer coisas como telefonar para um amigo ou dar apenas uma corrida costuma ser realmente importante para começar a superar a depressão. E, realmente, ganha-se mais energia do que ficando deitado na cama. Então, é claro, você merece o mérito.

PACIENTE: Mas essas coisas costumavam ser fáceis.

TERAPEUTA: Quando tiver superado a depressão, você não precisará reconhecer o seu mérito. Mas se essas coisas ainda forem um pouco difíceis de fazer agora, você *merece* ter méritos. E fazer você se lembrar disso a ajudará a reconhecer que está fazendo algo de produtivo para melhorar.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Na verdade, eu gostaria que você reconhecesse seu mérito sempre que fizer alguma coisa ativa – ou seja, sempre que você não estiver cochilando, assistindo à televisão ou navegando na internet. [Veja o Capítulo 15 para uma melhor descrição de como reconhecer o próprio mérito.]

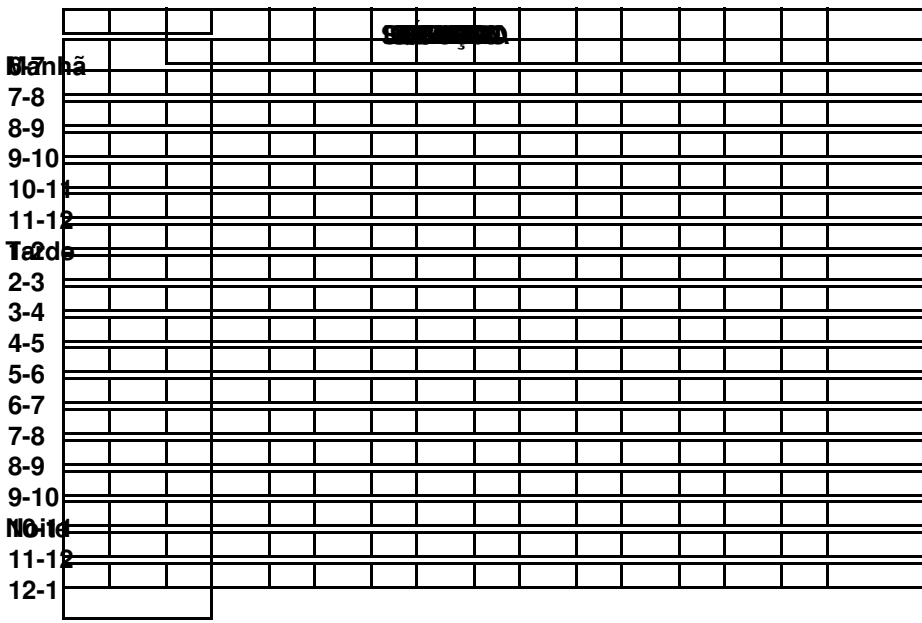


FIGURA 6.1. Planilha de Atividades. Extraída de J. S. Beck (2011). Copyright 2011, Judith S. Beck. Adaptada com permissão.

Reimpressa com permissão em *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática, segunda edição*, Judith S. Beck (Guilford Press, 2011). A reprodução deste material é permitida aos compradores deste livro unicamente para uso pessoal. Os leitores poderão fazer o *download* de uma versão ampliada deste material (em inglês) no *site* www.guilford.com/p/beck4.

Neste segmento, levo Sally a tirar conclusões a partir de um exame do seu dia típico. Alguns pacientes precisam de mais orientação do que outros para fazer isso (p. ex., "Você percebe quanto tempo você passa na cama? Como é o seu humor quando você se levanta – você se sente

muito melhor? Que mudanças você acha que gostaria de experimentar nesta semana?"). Eu guio Sally para que ela se comprometa a realizar mudanças específicas e identifique pensamentos automáticos que possam interferir, propondo experimentos comportamentais para testar a validade de suas previsões negativas. Também lhe peço que reconheça o seu mérito sempre que estiver ativa.

P: E se... o paciente se achar incapaz de se tornar mais ativo, ou que se tornar mais ativo não vai melhorar o seu humor?

R: Você vai dar psicoeducação, estabelecer experimentos comportamentais para ajudar o paciente a testar seus pensamentos e usar uma planilha de atividades, como a que vem a seguir.

TERAPEUTA: [resumindo o exame de um dia típico do paciente] Ok, então parece que as suas atividades mudaram muito quando você ficou deprimida.

PACIENTE: Sim, eu simplesmente não tenho muita energia. Na maior parte do tempo, eu fico deitada pela casa.

TERAPEUTA: E como tem sido o seu humor?

PACIENTE: Muito ruim. Eu estou deprimida o tempo todo.

TERAPEUTA: E o que você acha que vai acontecer se você continuar ficando deitada pela casa?

PACIENTE: Não sei. Nada, eu acho.

TERAPEUTA: Então você continuará deprimida?

PACIENTE: Acho que sim.

TERAPEUTA: O que você acha de experimentarmos fazer uma programação melhor para você, planejando algumas coisas a fazer que poderiam lhe dar uma sensação de prazer ou realização, como telefonar para os amigos ou fazer caminhadas?

PACIENTE: Não acho que isso iria ajudar. E eu estou tão cansada o tempo todo. Acho que eu deveria esperar até que esteja me sentindo melhor.

TERAPEUTA: Sabe, isso é exatamente o que a maioria das pessoas deprimidas diz. No entanto, as pesquisas nos mostram que na verdade é o contrário. O modo como as pessoas superam sua depressão é ficando mais ativas primeiro – depois elas começam a se sentir melhor.

PACIENTE: Ah.

TERAPEUTA: Você estaria disposta a fazer um experimento

nesta semana – para ver se está cansada demais e para ver o que acontece com o seu humor se tentar fazer mais coisas?

PACIENTE: Acho que sim.

TERAPEUTA: Vamos ver. [fazendo um contraste entre a energia necessária para várias atividades] Quais são as coisas que, em sua opinião, seriam com certeza muito difíceis? Correr? Fazer tarefas na rua por um dia inteiro? Limpar todo o apartamento?

PACIENTE: É, eu não conseguiria fazer essas coisas.

TERAPEUTA: E o que lhe exigiria apenas um pouco de energia?

PACIENTE: (*Suspira*) Eu poderia ir à biblioteca. Devolver o livro atrasado e talvez comprar uns DVDs.

TERAPEUTA: [dando reforço positivo] Boa ideia! O que mais você conseguiria fazer?

PACIENTE: Não tenho muita certeza.

TERAPEUTA: Você acha que conseguiria realizar umas poucas tarefas por dia – se cada uma fosse por apenas uns 10 minutos?

PACIENTE: Acho que eu conseguiria.

TERAPEUTA: Bom.

O terapeuta ajuda a paciente a especificar essas tarefas e continua a buscar outras atividades. Depois, pede que a paciente use uma planilha de atividades.

TERAPEUTA: Essas atividades são boas. (*pegando a Planilha de Atividades da Figura 6.2*) Eu gostaria de planejar com você quando poderia fazer essas coisas. Tudo bem se eu anotá-las nesta planilha?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: (*olhando para a descrição de um dia típico da paciente*) Então, parece que você geralmente se levanta em torno de 11h ou 11h30min. O que você acha de levantar-se em torno de 10h ou 10h30min?

PACIENTE: Eu poderia fazer isso.

TERAPEUTA: O que seria bom fazer a seguir?

PACIENTE: Tomar um banho, acho. Trocar de roupa. Tomar café.

TERAPEUTA: Então esta é uma mudança em relação ao que você geralmente faz?

PACIENTE: Sim, às vezes eu fico sem trocar de roupa o dia todo.

TERAPEUTA: Que tal se você anotar, no espaço das 10 horas: "Levantar, tomar banho, trocar de roupa"? E, depois, escrever: "Tomar café" no espaço das 11 horas? [Veja a Figura 6.2.]

PACIENTE: Ok. (*Faz isso*)

TERAPEUTA: Agora, o que você quer fazer após o café? Lavar a louça?

PACIENTE: Eu deveria. Tenho deixado uma pilha de louça na pia. A cozinha está uma bagunça.

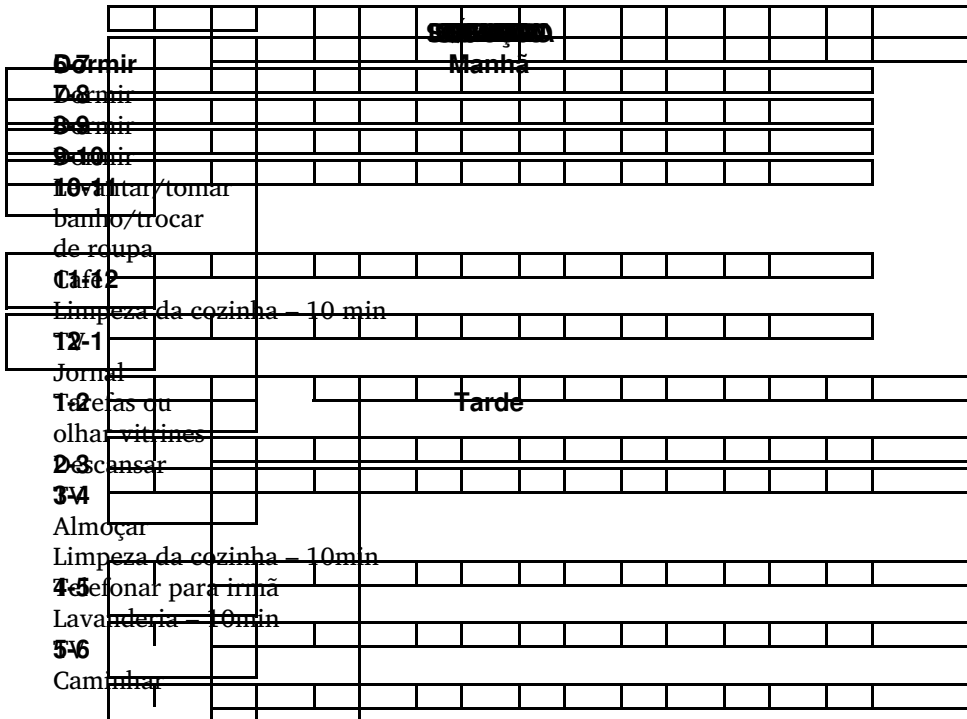
TERAPEUTA: Então, que tal lavar a louça ou limpar a cozinha por 10 minutos? Você não tem que terminar tudo de uma só vez.

PACIENTE: (*suspiro de alívio*) Ok.

TERAPEUTA: E depois da louça? Você quer fazer um intervalo, assistir à televisão, ler o jornal ou navegar na internet, como costuma fazer?

PACIENTE: É, seria bom.

TERPEUTA: Ok, então no espaço das 11 horas, vamos colocar "limpar a cozinha por 10 minutos", e no espaço das 12 horas colocamos "televisão, jornal ou internet".



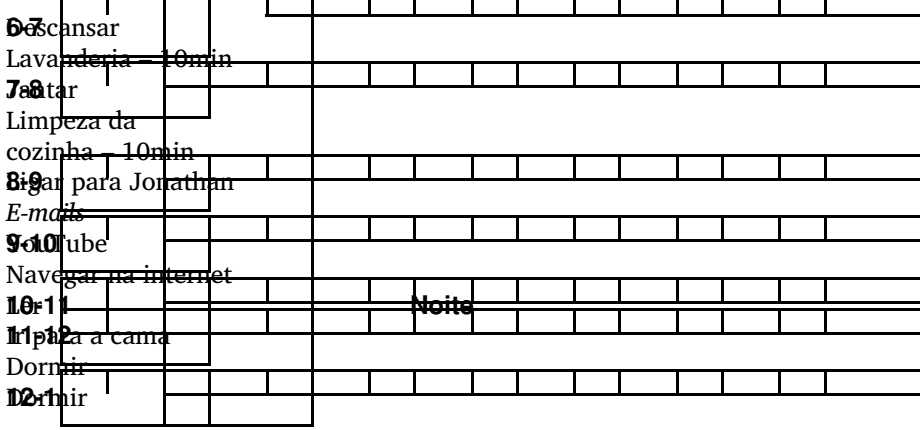


FIGURA 6.2. Planilha de Atividades inicial (parcial) para um paciente deprimido mais grave. Extraída de J. S. Beck (2011). Copyright 2011, Judith S. Beck. Adaptada com permissão.

A terapeuta e a paciente continuam assim até montarem um cronograma para o dia seguinte. Como a paciente tem estado tão inativa, a terapeuta toma o cuidado de não sobrecarregá-la criando uma planilha com muitas tarefas. Ela incorpora períodos curtos de atividade a períodos mais longos de atividades de lazer ou descanso. Ela também pede que a paciente reconheça seu mérito a cada vez que cumprir a programação. Em seguida, pergunta a ela se está disposta a experimentar seguir o mesmo cronograma básico todos os dias. Elas fazem uma lista das tarefas potenciais que a paciente poderia realizar em casa, das pessoas para quem poderia telefonar e dos lugares onde poderia ir.

Na sessão seguinte, a terapeuta examina essa prescrição de exercícios de casa para saber do cumprimento da planilha. Ela pergunta à paciente sobre suas previsões anteriores: de que ficaria muito cansada ao realizar as atividades e que isso não ajudaria. Descobrir que seus pensamentos automáticos eram inadequados pode motivar a paciente a se levantar mais cedo e a se envolver em um número maior de atividades produtivas ou prazerosas.

P: E se... o paciente não conseguir descobrir alguma atividade prazerosa?

R: Há muitas listas das quais o paciente pode escolher atividades. Veja, por exemplo, Frisch (2005) ou uma lista descrita em MacPhillamy e Lewinsohn (1982), as quais podem ser acessadas em www.healthnet-solutions.com/dsp/

PleasantEventsSchedule.pdf. É útil estimular a escolha ao se examinar a lista com o paciente: “Quais as cinco ou dez atividades da lista que você acha que poderiam ser mais agradáveis?”. Se o paciente estiver relutante, é útil ajudá-lo a reconhecer que ficar na cama mantém ou aumenta sua disforia. Então lhe pergunte se ele acha que se envolvendo em uma determinada atividade da lista provavelmente pioraria seu humor, mais do que ficar na cama. Se a resposta for não, pergunte se ele está disposto a programar a atividade. Se ele disser que sim, pergunte se está disposto a realizar um experimento comportamental para ver se ele está certo.

P: E se... o paciente já tiver muitas atividades ou estiver sobrecarregado delas?

R: Se o paciente já tem um bom equilíbrio nas atividades, ele poderá não precisar mudar seu cronograma. Se o equilíbrio não for bom, será preciso planejar um tempo para descansar e/ou aumentar o número de atividades prazerosas e/ou de domínio. Se estiver sobrecarregado, poderá precisar reduzir o seu nível de atividade. (Também precisará reconhecer seu mérito por realizar alguma dessas mudanças.) De qualquer forma, se não adquirir um senso de prazer ou realização e não tiver domínio sobre suas atividades, ele poderá precisar de ajuda para responder às cognições disfuncionais que está vivenciando. Ele também poderá precisar responder aos pensamentos automáticos que interferem na mudança dessas atividades.

P: E se... o paciente relatar que a mudança nas suas atividades não teve nenhum impacto no seu humor?

R: Exceto nos casos mais graves de depressão, é improvável que o paciente não vivencie flutuações no modo como se sente. Entretanto, as flutuações podem ser pequenas, e o paciente poderá não percebê-las. Para estes, é útil ensinar a classificar seu senso de realização e domínio em uma escala de 10 pontos e classificar seu humor imediatamente depois das atividades, conforme vemos a seguir.

TERAPEUTA: [resumindo o exame de um exercício de casa da paciente] Então nesta semana você fez muitas coisas que nós previmos que poderiam melhorar o seu humor, mas você achou que nada ajudou? O seu humor permaneceu o mesmo, independentemente do que você fez?

PACIENTE: É.

TERAPEUTA: Eu tenho duas teorias. Uma é de que você teve a interferência de pensamentos automáticos, e/ou a segunda, de que talvez você tenha experimentado pequenas mudanças de humor, mas não as percebeu ou não se lembra delas.

PACIENTE: Eu não sei.

A terapeuta, então, investiga as cognições que a paciente tinha quando se envolvia em várias atividades e a ajuda a responder a elas, antecipando a sua recorrência na semana seguinte. A terapeuta também investiga se a paciente não reconheceu seu mérito. A seguir, elas decidem fazer a paciente classificar o sentimento de domínio e prazer que obtém.

TERAPEUTA: Imagine a criação de uma escala de prazer em que você tenha um ponto de referência para classificar suas atividades [veja a Figura 6.3]. Em uma escala de 0 a 10, a que atividade você daria um 10? Uma atividade que tenha proporcionado a você grande prazer ou que possa imaginar que lhe daria prazer?

PACIENTE: Ah, eu acho que seria quando eu fui ao jogo do final do campeonato [do time de futebol da sua cidade].

TERAPEUTA: Ok, escreva na tabela, ao lado do número 10: "No jogo de futebol".

PACIENTE: (*Ela faz isso*)

TERAPEUTA: E a qual atividade você daria zero? Uma atividade que não lhe dê absolutamente nenhum prazer?

PACIENTE: Seria discutir com a minha parceira.

TERAPEUTA: Muito bem, escreva isso ao lado do zero.

PACIENTE: (*Ela faz isso*)

TERAPEUTA: E o que estaria na zona intermediária dessa escala?

PACIENTE: Eu acho que... jantar com o meu irmão.

TERAPEUTA: Bom, escreva isso.

Prazer/Domínio	
No jogo de futebol	10
Cortar as folhas do jardim	5
Discutir com a parceira	0

FIGURA 6.3. Escala de Classificação de Prazer e Domínio.

Se o paciente conseguir combinar facilmente as atividades com os números, esses três pontos de ancoragem serão suficientes, embora ele possa acrescentar mais pontos, se desejar. Se ele tiver dificuldade com os números, você poderá mudar os pontos de ancoragem para "baixo", "médio" e "alto". Depois de preencher a escala de prazer, o paciente preenche da mesma forma a escala de domínio. A seguir, o terapeuta pede que o paciente use suas escalas para classificar as atividades do dia corrente.

TERAPEUTA: Muito bem. Agora vamos ver se você preenche um pouco da planilha de hoje. Aqui – o espaço das 11 horas – escreva "terapia", e, abaixo, "P = ___" e "D = _____". Quanto foi o sentimento de realização ou domínio que você sentiu durante a terapia hoje?

PACIENTE: Em torno de 3.

TERAPEUTA: E prazer?

PACIENTE: Em torno de 2. (*Preenche os espaços*)

TERAPEUTA: E o que você fez na hora anterior à terapia hoje?

PACIENTE: Eu fui à livraria.

TERAPEUTA: Ok. Escreva "livraria" no espaço das 10 horas. Agora, olhe para a escala. O quanto foi o sentimento de realização (domínio) que você sentiu durante aquela hora?

PACIENTE: Talvez 2 ou 3. (*Anota*) Eu encontrei o livro que queria.

TERAPEUTA: E prazer?

PACIENTE: Nenhum, na verdade.

TERAPEUTA: Então estar na livraria foi como discutir com a sua parceira?

PACIENTE: Não, eu acho que foi em torno de 2.

TERAPEUTA: Mas isso não é interessante? A sua primeira reação foi dizer que não teve nenhum prazer. A depressão provavelmente interfere no reconhecimento, ou talvez na lembrança, de atividades prazerosas. É por isso que eu acho que vale a pena você manter essa planilha de atividades nesta semana, para descobrir se algumas atividades são melhores do que outras. (*pausa*) Você acha que está segura do que fazer?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Você poderia me dizer qual seria o valor do esforço de fazer tudo isso?

PACIENTE: Bem, parece que você está dizendo que talvez o meu humor mude um pouco, com base no que eu estou fazendo.

TERAPEUTA: E o que *você* acha?

PACIENTE: Eu acho que pode estar certo.

TERAPEUTA: Se der certo, podemos tentar programar mais atividades que realmente façam você se sentir melhor. O ideal seria que você preenchesse essa tabela logo depois de terminar a atividade – assim, não vai esquecer o que fez, e também a sua classificação será mais precisa. Se isso não for possível, você poderia tentar preencher no almoço, jantar ou na hora de ir para a cama?

PACIENTE: Sim, isso não seria um problema.

TERAPEUTA: E, se você conseguisse preencher todos os dias, isso nos daria muitas informações. Mas mesmo que você só faça por uns dois dias, já nos daria algumas informações. Agora, uma última coisa: que tal se você der uma olhada na planilha de atividades no dia anterior à nossa próxima sessão? Veja se existe algum padrão ou algo que você possa depreender disso. Você pode anotar suas conclusões no verso da folha, se quiser. Ok?

PACIENTE: Ok.

USANDO A PLANILHA DE ATIVIDADES PARA AVALIAR A ACURÁCIA DAS PREVISÕES

Quando o paciente não acredita que o planejamento de atividades possa ajudar, você poderá pedir que ele faça uma *previsão* dos níveis de domínio e prazer ou humor em uma planilha de atividades e depois registre os níveis que *realmente* ocorreram em outra tabela. Essas comparações podem ser uma fonte de dados muito útil.

TERAPEUTA: Agora, vamos dar uma olhada nas suas previsões na primeira planilha de atividades e o que realmente *aconteceu* na segunda.

PACIENTE: (*Concorda com um aceno de cabeça*)

TERAPEUTA: Vamos ver... parece que você previu escores muito baixos, a maioria de 0 a 3, para estas três vezes em que você planejou se encontrar com seus amigos. O que *realmente* aconteceu?

PACIENTE: Na verdade, eu me diverti mais do que imaginava – os meus escores de prazer foram de 3 a 5.

TERAPEUTA: E o que isso lhe diz?

PACIENTE: Acho que não sou boa em previsões. Achei que não iria me divertir, mas me diverti, pelo menos um pouco.

TERAPEUTA: Você gostaria de planejar mais atividades para a próxima semana?

PACIENTE: Sim, eu deveria.

TERAPEUTA: Ótimo. Você se dá conta do que poderia ter acontecido – e, na verdade, o que estava acontecendo antes de você começar a terapia? Você ficava prevendo que não se divertiria com os amigos, então não fazia planos; na verdade, você recusava os convites que eles lhe faziam. Parece que esse experimento de casa lhe ajudou a testar suas ideias; você descobriu que estava errada quanto a não se divertir, e agora parece que está mais disposta a programar mais atividades. É isso mesmo?

PACIENTE: Sim. Mas agora me lembrei de que eu queria conversar com você sobre uma previsão que na verdade acabou sendo pior.

TERAPEUTA: Ok, quando foi isso?

PACIENTE: Eu previ que obteria um 4 em realização e prazer quando fosse correr no fim de semana. Mas ambos foram classificados

como 1.

TERAPEUTA: Você tem ideia do por quê?

PACIENTE: Na verdade não.

TERAPEUTA: Como você estava se sentindo enquanto corria?

PACIENTE: Frustrada na maior parte do tempo.

TERAPEUTA: E o que estava passando pela sua cabeça?

PACIENTE: Não sei. Eu não estava me sentindo muito bem. Eu fiquei sem fôlego rapidamente. Eu não estava acreditando no quanto aquilo estava sendo difícil.

TERAPEUTA: Você teve algum pensamento como estes – "Eu não me sinto muito bem", "Eu estou sem fôlego", "Isto é difícil"?

PACIENTE: É, acho que sim.

TERAPEUTA: Mais alguma coisa passou pela sua cabeça?

PACIENTE: Eu me lembrei de como era antes. Eu conseguia correr de 3 a 5 quilômetros sem ficar sem fôlego.

TERAPEUTA: Você tinha alguma lembrança, uma imagem de como costumava ser?

PACIENTE: Sim. Era fácil. Eu estou realmente fora de forma agora. Não tenho certeza se *um dia* vou conseguir recuperar a boa forma.

TERAPEUTA: Ok, deixe-me ver se eu entendi. [resumindo] Aqui no consultório você achou que obteria uma sensação moderada de realização e prazer quando fosse correr. Entretanto, em vez disso, sentiu muito pouco. Parece que você tem a lembrança de como era antes e também teve pensamentos que interferiram, como: "Isto é difícil", "Eu estou sem fôlego", "Eu estou fora de forma", "Talvez eu nunca consiga recuperar a boa forma". E esses pensamentos fizeram você se sentir frustrada. Está correto assim?

PACIENTE: Sim.

Nesta última parte, a terapeuta usa a planilha de atividades como um veículo para identificar o número de pensamentos automáticos que estavam minando o prazer da paciente em alguma atividade. Na parte seguinte, a terapeuta irá:

1. Ajudá-la a avaliar uma cognição-chave: "Talvez eu nunca consiga recuperar a boa forma".
2. Ensiná-la a se comparar com o que ela era no seu pior momento, para que ela se sinta bem ao correr, em vez de ser tão autocrítica.

A ativação comportamental é essencial para a maioria dos pacientes deprimidos. Muitos pacientes precisam apenas receber uma

explicação lógica, ter orientação na escolha e no planejamento das atividades e obter respostas a pensamentos automáticos previsíveis que poderiam interferir na realização das atividades ou na aquisição de um sentimento de prazer ou domínio sobre essas atividades. O terapeuta, em geral, precisa ser gentilmente persistente na ajuda para que o paciente seja mais ativo. Os pacientes que são muito inativos no início do tratamento beneficiam-se ao aprender como criar e aderir a um cronograma diário com graus crescentes de atividades. Os pacientes que são céticos quanto ao planejamento de atividades podem se beneficiar realizando experimentos comportamentais para testar suas ideias e/ou verificar a acurácia dos seus pensamentos automáticos ao compararem suas previsões com o que ocorre na realidade.

Capítulo 7

SESSÃO 2 E POSTERIORES: ESTRUTURA E FORMATO

A sessão 2 usa um formato que é repetido em todas as sessões subsequentes. Este capítulo apresenta o formato e descreve o andamento geral da terapia a partir da Sessão 2 até se aproximar do término. A fase final do tratamento é descrita no Capítulo 18, e os problemas típicos que surgem ao familiarizar o paciente durante as sessões iniciais são apresentados no Capítulo 8.

A pauta típica da segunda sessão e posteriores é a seguinte:

Parte Inicial da Sessão

1. Fazer uma verificação do humor.
2. Definir a pauta.
3. Obter uma atualização.
4. Revisar o exercício de casa.
5. Priorizar a pauta.

Parte Intermediária da Sessão

6. Trabalhar em um problema específico e ensinar habilidades da terapia cognitivo-comportamental naquele contexto.
7. Discutir o seguimento com a prescrição colaborativa de exercícios de casa relevantes.
8. Trabalhar em um segundo problema.

Parte Final da Sessão

9. Apresentar ou solicitar um resumo.
10. Revisar as novas prescrições de exercícios de casa.
11. Solicitar *feedback*.

Se você não estiver habituado com esse formato, poderá fazer uma cópia desse quadro para ter consigo. Você poderá mostrá-lo (ou uma versão simplificada) ao paciente para que ele possa ter uma ideia melhor de como será o tratamento, e assim vocês dois poderão monitorar onde estão na sessão.

Seus objetivos durante esta segunda sessão serão ajudar o paciente a identificar problemas importantes nos quais trabalhar, e, no contexto da solução do problema, você vai ensinar ao paciente habilidades relevantes, especialmente as de identificação e resposta aos pensamentos automáticos e, para a maioria dos pacientes deprimidos, o planejamento de atividades. Você continuará a familiarizar o paciente com a terapia cognitivo-comportamental: seguindo o formato da sessão, trabalhando colaborativamente, dando *feedback* e começando a examinar o seu passado e as experiências atuais à luz do modelo cognitivo. Se o paciente estiver se sentindo um pouco melhor, você também poderá começar o trabalho de prevenção de recaída (veja o Capítulo 18). Acima de tudo, você estará interessado na construção de uma aliança terapêutica e no alívio dos sintomas.

A PRIMEIRA PARTE DA SESSÃO

Os objetivos específicos da parte introdutória da sessão, descrita a seguir, são:

- Restabelecer o *rapport*.
- Nomear os problemas em que o paciente deseja ajuda na solução.
- Coletar dados que possam indicar outras áreas de problema importantes a serem discutidas.
- Revisar o exercício de casa.
- Priorizar os problemas na pauta.

A conquista desses objetivos é facilitada quando o paciente examina a Ficha de Preparação da Sessão (Figura 7.1) antes da sessão (seja mentalmente ou por escrito).

1. Sobre o que falamos de importante na sessão passada? O que dizem as minhas anotações da terapia?
2. Como esteve o meu humor em comparação às outras semanas?
3. O que aconteceu (de positivo e negativo) nesta semana que o meu terapeuta deveria saber?
4. Para quais problemas eu desejo ajuda? Que nome dar a cada um desses problemas?
5. Que exercício de casa eu fiz? (Se eu não fiz, o que atrapalhou?) O que eu aprendi?

FIGURA 7.1. Ficha de Preparação da Sessão.

Verificação do Humor (e Medicação)

A verificação do humor é geralmente rápida. Ela ajuda você e o paciente a acompanhar como ele está progredindo. Se o paciente preencher listas de verificação de sintomas, você irá examiná-las para determinar se ele tem outros problemas que possa não ter relatado verbalmente, como ideação suicida, dificuldades para dormir, sentimentos de desvalia ou punição, medo de que aconteça o pior, aumento na irritabilidade, etc. Poderá ser importante abordar um ou

mais desses problemas durante a sessão.

Você também vai evocar uma descrição subjetiva do paciente e compará-la com os escores do teste objetivo. Se houver discrepâncias entre os escores do teste e o autorrelato, questione o paciente (p. ex., "Então você se sentiu pior, mas o seu inventário de depressão está, na verdade, mais baixo do que na semana passada. O que você acha disso?"). Você também fará uma rápida comparação entre os escores objetivos da sessão anterior e os da atual (p. ex., "Seu escore de ansiedade está mais baixo nesta semana do que na passada. Você se *sentiu* menos ansiosa?"). Você também deve verificar se o paciente não está relatando como se sentiu apenas naquele dia, mas que esteja dando uma visão geral do seu humor durante a última semana. Uma segunda sessão típica começa assim:

TERAPEUTA: Olá, Sally. Como tem-se sentido?

PACIENTE: Na mesma, eu acho. Ainda estou me sentindo bem deprimida. E muito mais preocupada.

TERAPEUTA: Posso dar uma olhada nos seus formulários? Quando os preencheu, você estava pensando na semana como um todo – ou apenas hoje?

PACIENTE: Na semana toda.

TERAPEUTA: Sim, com certeza parece que você esteve muito mais ansiosa nesta semana. Devemos colocar "ansiedade" na pauta para conversarmos por alguns minutos a esse respeito?

PACIENTE: (*Concorda com um aceno de cabeça*)

TERAPEUTA: (*indicando o Inventário de Depressão de Beck*) Parece que o seu escore de depressão está um pouco mais baixo nesta semana em comparação à semana passada. Você também se sentiu assim?

PACIENTE: É, acho que sim.

TERAPEUTA: Ok, isso é bom.

> **P:** E se... o paciente falar em detalhes do seu humor?
>
> **R:** Você irá incentivá-lo a dar uma descrição concisa. Por exemplo:
>
> "Sally, posso interrompê-la por um minuto? Você poderia me dizer em apenas duas frases como estavam a sua depressão e sua ansiedade nesta semana em comparação à anterior? Você se sentiu mais deprimida, no mesmo ou menos deprimida?"

Depois de ter conseguido uma noção geral do humor de Sally na semana passada, saliento a sua responsabilidade na mudança. Eu

quero que ela reconheça as ações positivas que tomou e as mudanças adaptativas em seu pensamento.

TERAPEUTA: Por que você acha que está um pouco menos deprimida?

PACIENTE: Acho que eu tenho-me sentido um pouco mais esperançosa, achando que talvez a terapia possa ajudar.

TERAPEUTA: [reforçando sutilmente o modelo cognitivo] Então você teve pensamentos como "Pode ser que a terapia ajude", e esses pensamentos fizeram você se sentir mais esperançosa, menos deprimida?"

PACIENTE: Sim... e Lisa – ela está na minha aula de química – me pediu para estudar com ela. Nós passamos umas duas horas ontem estudando algumas fórmulas. Aquilo também fez eu me sentir melhor.

TERAPEUTA: O que passou pela sua cabeça enquanto você estava estudando com ela ontem?

PACIENTE: Que eu estava contente por ela ter me convidado a estudar com ela... agora eu entendo muito mais a matéria.

TERAPEUTA: Então nós temos dois bons exemplos de por que você se sentiu melhor nesta semana. Um, porque você teve pensamentos de esperança sobre a terapia. E, dois, você *fez* alguma coisa diferente – estudar com Lisa – e conseguiu pelo menos um pequeno sentimento de realização.

PACIENTE: É.

TERAPEUTA: Você consegue perceber como o seu pensamento e o que fez afetaram como se sentiu – de uma forma positiva?

Para desenvolver um sentimento de autoeficácia e estimular uma maior mudança cognitiva e comportamental, reforço Sally positivamente pelas mudanças adaptativas que promoveu:

TERAPEUTA: É ótimo que você esteja tendo esses pensamentos de esperança sobre a terapia e que tenha feito o esforço de ir estudar com Lisa.

Se o paciente tem-se sentido melhor, mas não sabe bem o porquê, pergunte: "Você notou alguma mudança no seu pensamento ou no que tem feito?".

P: E se... o paciente atribuir as mudanças positivas no seu humor a fatores externos?

R: Os pacientes dizem com frequência: "Eu me sinto melhor

porque a medicação começou a funcionar/meu chefe estava doente/meu parceiro foi mais gentil comigo". Você poderá, então, sugerir: "Tenho certeza de que isso ajudou, mas você também notou se estava *pensando* de um modo diferente ou *fazendo* alguma coisa diferente?".

Da mesma forma, você irá buscar a participação do paciente se o seu humor piorou: "Por que você acha que está se sentindo pior nesta semana? Poderia ter alguma coisa a ver com o seu pensamento ou com as coisas que você fez ou não fez?". Dessa forma, você reforça sutilmente o modelo cognitivo e deixa implícito que o paciente pode assumir algum controle sobre como se sente.

P: E se... o paciente afirmar que *nada* poderá melhorar o seu humor?

R: Para alguns pacientes que persistem nessa crença, poderá ser útil colocar na pauta "Coisas que podem ajudar a me sentir melhor e coisas que podem ajudar a me sentir pior" para discutir posteriormente na sessão. Um quadro como o da Figura 7.2 pode ajudar a reforçar a noção de que o paciente pode ter pelo menos um mínimo de controle do seu humor. Por meio da descoberta guiada, você poderá ajudá-lo a ver que a evitação, o isolamento e a inatividade geralmente aumentam sua disforia (ou pelo menos não ajudam a melhorar), enquanto o engajamento em determinadas atividades (em geral que envolvem interação interpessoal ou que têm um potencial para prazer e domínio) pode levar a uma melhora no humor, mesmo que pequena inicialmente.

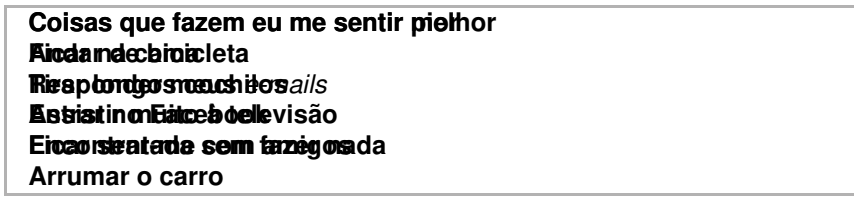


FIGURA 7.2. Uma Lista do Melhor/Pior.

A verificação rápida do humor cria várias oportunidades:

- Você demonstra seu interesse em como o paciente se sentiu na última semana.
- Você e ele podem monitorar como ele vem progredindo ao longo do tratamento.

- Você pode identificar (e depois reforçar ou modificar) a explicação dele para o progresso ou a falta deste.
- Você também pode reforçar o modelo cognitivo; a saber, como o paciente tem encarado as situações e como estas têm influenciado o seu humor.

Ao examinar as medidas objetivas, não deixe de examinar os itens individuais para procurar por mudanças positivas ou negativas importantes (p. ex., mudanças na ideação suicida ou falta de esperança). De acordo com o diagnóstico e a sintomatologia do paciente, você pode solicitar informações adicionais que não estão inclusas especificamente nos questionários (p. ex., número e gravidade dos ataques de pânico, compulsão alimentar, abuso de substância, explosões de raiva, lesões autoinfligidas, comportamento destrutivo).

Se o paciente está fazendo uso de medicação para suas dificuldades psicológicas, você fará uma verificação breve sobre a adesão, problemas, efeitos colaterais ou dúvidas. É importante perguntar sobre a adesão em termos de frequência – não diga: "Você tomou sua medicação nesta semana?". Em vez disso, pergunte: "*Quantas vezes nesta semana* você conseguiu tomar a sua medicação na forma prescrita?". (Veja, p. ex., J. S. Beck, 2001, para sugestões de como aumentar a adesão à medicação.)

Se você não é o profissional que prescreveu a medicação, você vai obter a permissão do paciente e, então, periodicamente, fará contato com esse profissional para trocarem informações. Você não vai recomendar alterações na medicação, mas poderá ajudar o paciente a responder às cognições que interferem na forma de tomar a medicação (ou, se apropriado, na redução da medicação). Se o paciente tiver preocupações relativas a questões como efeitos colaterais, dosagem, dependência a medicações, medicações alternativas ou suplementos, você o ajudará a anotar perguntas específicas a serem feitas ao profissional que fez a prescrição. Se o paciente não estiver tomando medicação, mas você achar que é indicada uma intervenção farmacológica, poderá sugerir uma consulta médica ou psiquiátrica.

Definindo uma Pauta Inicial

O propósito deste *breve* segmento da sessão é definir uma pauta inicial. Você familiariza o paciente a *nomear os problemas* que ele deseja ajuda para solucionar. Em vez de perguntar "Sobre o que você quer falar hoje?" ou "O que você deseja colocar na pauta?" (o que poderá levar a discussões menos produtivas), você coloca a pergunta

na forma de solução de problema (até que o paciente esteja familiarizado a definir a pauta dessa forma):

TERAPEUTA: Ok, Sally, para que problema ou problemas você quer a minha ajuda hoje? Você poderia apenas *dar nome* aos problemas?

PACIENTE: Bem, eu tenho a prova de Economia se aproximando e simplesmente não entendo a matéria. Eu ando muito preocupada. Simplesmente não consigo me concentrar. Não sei o que fazer. Eu continuo lendo...

TERAPEUTA: (*interrompendo gentilmente*) [familiarizando a paciente a especificar de forma breve um problema a ser discutido posteriormente na sessão] Devemos colocar a prova na pauta?

PACIENTE: Sim, com certeza.

Em vez de Sally apresentar uma descrição completa do problema neste momento, eu a interrompo gentilmente, nomeio o problema e peço-lhe para colocar na pauta para discutirmos dali a poucos minutos. Se tivesse permitido que ela se lançasse a uma descrição mais longa do problema, *eu a teria privado da oportunidade de refletir e priorizar sobre o que mais queria conversar durante a sessão*, o que poderia ou não ter sido o primeiro problema que ela introduziria na discussão. A seguir, faço a sondagem de tópicos adicionais importantes para a pauta:

TERAPEUTA: Existem outros problemas para os quais você quer ajuda?

PACIENTE: Bem, as coisas não estão indo muito bem com a minha colega de quarto. Nós ficamos acordadas em horários diferentes. Ela...

TERAPEUTA: (*interrompendo gentilmente*) Poderíamos chamar isso de "problema com sua colega de quarto"?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Mais alguma coisa?

PACIENTE: Não tenho certeza.

TERAPEUTA: [sondando outros problemas que possam ser ainda mais importantes de serem abordados durante a sessão do que estes dois primeiros] Quando você se sentiu pior nesta semana?

PACIENTE: (*Pensa*) Acho que quando eu estava tentando estudar para a prova. E também em aula.

TERAPEUTA: Algum outro momento que foi particularmente ruim?

PACIENTE: Não, esses foram os piores.

TERAPEUTA: Devemos colocar “estudar e aula” na pauta?

PACIENTE: Sim, isso seria bom.

Eu, então, investigo se a paciente prevê a ocorrência de outras dificuldades importantes antes que eu a veja novamente:

TERAPEUTA: E existe algum outro problema que você acha provável acontecer nesta semana?

PACIENTE: Não, acho que não.

> **P:** E se... o paciente tiver dificuldade em trazer itens para a pauta?
>
> **R:** Com frequência, os pacientes precisam inicialmente de um pouco de incentivo para sugerir itens para a pauta. Eles podem não estar claramente cientes do que os incomoda e/ou estão inseguros quanto ao que seja apropriado mencionar. O Capítulo 8 descreve o que fazer com pacientes que apresentam essa dificuldade.

Atualização da Semana

A parte seguinte da sessão ajuda você a fazer uma ponte entre a sessão anterior e a atual. Ela inclui uma rápida atualização da semana do paciente, durante a qual você permanecerá alerta a problemas potenciais que possam ser importantes para a pauta. Primeiro, você procura saber, de modo geral, como foi a semana dele.

TERAPEUTA: Aconteceu mais alguma coisa nesta semana que você acha importante que eu saiba?

PACIENTE: (*Pensa*) Hummm. (*suspira*) É, eu dormi demais e perdi uma aula.

TERAPEUTA: [investigando para ver se isso é suficientemente importante para acrescentar à pauta] Este é um problema que precisamos abordar hoje?

PACIENTE: Não, acho que não. Eu apenas me esqueci de armar o despertador.

TERAPEUTA: Ok, mais alguma coisa?

PACIENTE: Não, nada que eu me lembre.

A seguir, você irá investigar as experiências positivas:

TERAPEUTA: Muito bem. Agora, você poderia me contar o que aconteceu de positivo nesta semana? Ou situações em que talvez você tenha se sentido um pouco melhor?

PACIENTE: (*Pensa*) Humm, acho que correr ajudou. Também me senti melhor quando falei com a minha mãe pelo telefone.

TERAPEUTA: Ok, isso é bom. Aconteceu alguma outra coisa boa?

Perguntar sobre experiências positivas ajuda o paciente a se dar conta de que ele não sentiu a mesma intensidade de angústia durante a semana inteira. Você deve observar os dados positivos, os quais poderá usar mais tarde na sessão ou em futuras sessões, especialmente ao planejar atividades positivas para o paciente realizar ou quando o ajudar a avaliar pensamentos automáticos e crenças relevantes. Explicitar dados positivos também pode colocar o paciente em uma melhor estrutura mental, tornando-o mais receptivo à solução dos próximos problemas. Você poderá decidir engajar o paciente conversando sobre esses itens (em geral brevemente), seja no momento ou posteriormente, para melhorar seu humor ou demonstrar o seu interesse nele, fortalecendo, assim, a aliança terapêutica.

Revisão dos Exercícios de Casa

A seguir, você vai verificar o que o paciente realizou como exercício de casa. (O Capítulo 17 apresenta uma descrição mais ampla desta parte da sessão.) Revisar o exercício de casa do paciente é essencial. Se você não o fizer, o paciente invariavelmente vai parar de fazê-lo. Às vezes, o exame do exercício de casa é relativamente rápido; outras vezes, no entanto, pode se tornar a maior parte da sessão, se estiver relacionado aos problemas da pauta. Parte da arte da terapia é determinar quanto tempo gastar examinando o exercício de casa *versus* discutir outros problemas para os quais o paciente deseje ajuda para solucionar.

Geralmente, você pede ao paciente para ler em voz alta as prescrições da sua Lista de Exercícios de Casa (veja, p. ex., a página 87). Você lhe pede para classificar o quanto ele atualmente acredita nas afirmações adaptativas, nas respostas aos seus pensamentos automáticos e nas crenças que vocês discutiram na(s) sessão(ões) anterior(es). Você identifica quais prescrições comportamentais ele colocou em prática e o que aprendeu com elas, e vocês discutem a quais exercícios seria útil dar continuidade na semana seguinte. Se algum item exigir uma discussão mais extensa (ou se houver alguma prescrição que ele não executou), vocês poderão decidir

colaborativamente por discuti-lo depois na sessão, para que você possa examinar rapidamente o resto das prescrições.

TERAPEUTA: A seguir, podemos conversar sobre o seu exercício de casa? Você tem as anotações da semana passada?

PACIENTE: Sim. (*Pega a sua lista* [Figura 5.1, página 87]; *a terapeuta também pega a sua cópia.*)

TERAPEUTA: Bom. Tudo bem se examinarmos?

PACIENTE: Claro.

TERAPEUTA: Então, como você se saiu com a leitura desta lista duas vezes por dia?

PACIENTE: Muito bem. Acho que eu só não fiz um ou dois dias.

TERAPEUTA: Você pode ler o primeiro item?

PACIENTE: (*Lê em voz alta*) "Se eu começar a pensar que sou preguiçosa e não sou boa, lembrar que tenho uma doença real, chamada depressão, que me dificulta fazer as coisas. Quando o tratamento começar a funcionar, a minha depressão vai melhorar, e as coisas ficarão mais fáceis."

TERAPEUTA: O quanto você acredita nisso agora?

PACIENTE: Eu acho que acredito.

TERAPEUTA: Bom. (*passando para o segundo item da lista*) Você pensou em algum outro objetivo?

PACIENTE: Não.

TERAPEUTA: Ok. Se pensar, me diga. (*Passando para o terceiro item*) Você conseguiu perceber seus pensamentos automáticos quando notou seu humor mudando?

PACIENTE: Eu tentei, mas não acho que eu sempre saiba o que estou pensando.

TERAPEUTA: Tudo bem. Nós vamos falar sobre os pensamentos automáticos a cada sessão. Você conseguiu identificar *algum* pensamento automático quando seu humor mudou?

PACIENTE: É, acho que sim, mas eu não anotei.

TERAPEUTA: Qual foi a situação?

PACIENTE: Eu estava sentada na sala de aula e de repente fiquei muito nervosa.

TERAPEUTA: O que estava passando pela sua cabeça?

PACIENTE: Eu estava pensando que a prova está chegando e não tem jeito de eu estar pronta para ela.

TERAPEUTA: Bom, deixe-me anotar isso. Podemos voltar a esse pensamento em poucos minutos, quando conversarmos sobre a

prova?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Algum outro pensamento automático que você percebeu nesta semana?

PACIENTE: Na verdade, não.

TERAPEUTA: Então você não teve muitas oportunidades de se lembrar de que só porque você pensa uma coisa não quer dizer necessariamente que ela seja verdadeira?

PACIENTE: (*Meneia a cabeça*.)

TERAPEUTA: O que você pensa dessa ideia agora?

PACIENTE: Eu acho que é verdadeira, como diz o folheto *Enfrentando a depressão*.

TERAPEUTA: Você se encontrou com Allison ou Joe ou outra pessoa nesta semana?

Sally e eu examinamos rapidamente essa tarefa. Concordamos colaborativamente que continuaremos a procurar pensamentos automáticos e a fazer planos de atividades sociais para a próxima semana. Então, discutimos brevemente os conceitos-chave do folheto *Enfrentando a depressão*.

Priorizando a Pauta

Agora que você já definiu uma pauta inicial e possivelmente acrescentou mais tópicos enquanto coletava dados sobre a semana do paciente e o exercício de casa, você irá resumir os tópicos. Se houver muitos itens na pauta, você e o paciente irão priorizá-los colaborativamente e combinar passar a discussão de problemas menos importantes para uma sessão futura. Você também poderá identificar se o paciente deseja usar a mesma quantidade de tempo em cada item.

TERAPEUTA: Ok, agora podemos priorizar a pauta [apresentando uma justificativa] para que possamos planejar como utilizar o tempo desta sessão? Você mencionou sua prova, um problema com a sua colega de quarto e que se sentiu particularmente pior quando estava estudando e na sala de aula. (*pausa*) Tem algum outro problema que seja ainda mais importante do que esses?

PACIENTE: Bem, eu tenho-me sentido mal por não telefonar para a minha prima.

TERAPEUTA: Ok. (*anotando e depois acrescentando os meus próprios*

itens à pauta) Eu também gostaria de conversar sobre como você pode esperar que o seu humor melhore e um pouco mais sobre pensamentos automáticos. Tudo bem para você?

PACIENTE: Sim, está ótimo.

TERAPEUTA: Mais alguma coisa para a pauta?

PACIENTE: Acho que não.

TERAPEUTA: Não sei se vamos conseguir abordar tudo. [ajudando Sally a priorizar seus problemas] Se acabar o tempo, tem alguma coisa que podemos adiar até a próxima semana?

PACIENTE: Humm... Acho que o problema com a minha colega de quarto. Provavelmente vai passar. E a minha prima. Isso pode esperar.

TERAPEUTA: Ok, vamos colocar estes últimos na nossa lista e veremos se conseguimos chegar até eles.

Ou, então, você pode perguntar:

TERAPEUTA: Se só tivermos tempo para falar sobre um ou dois desses problemas, quais seriam os mais importantes?

É importante mencionar que nem sempre você tem que aderir à pauta. Na verdade, em algumas circunstâncias, você *não deve* segui-la. No entanto, ao se desviar da pauta, você deve falar explicitamente e obter a concordância do paciente.

TERAPEUTA: Sally, eu posso ver que você ainda está preocupada com sua prova, mas o tempo está acabando. Você gostaria de passar o resto da sessão falando sobre ela e adiar os itens da nossa pauta para a próxima semana? Ou poderíamos tentar continuar só por mais uns cinco minutos, para que ainda tenhamos tempo para conversar sobre você se sentir mal quando está estudando ou em sala de aula.

PACIENTE: Acho que deveríamos tentar abordar essas coisas também.

TERAPEUTA: Ok, vamos então ficar de olho no relógio.

Você pode sugerir uma mudança de como você e o paciente passarão o tempo durante a sessão por uma série de razões. Na transcrição anterior, por exemplo, a paciente está muito preocupada com um assunto específico e precisa de mais tempo para discuti-lo. Ou surge um novo tópico que parece especialmente importante. Ou o humor do paciente se altera (para pior) durante a sessão.

P: E se... o paciente começar a falar de um novo tópico que não está na pauta?

R: Quando o paciente se desvia para um novo tópico, você gentilmente o interrompe, chamando atenção para a mudança e permitindo que ele faça uma escolha consciente de qual questão tratar. Os pacientes frequentemente introduzem novos tópicos sem perceberem que estão fazendo isso.

PACIENTE: Então outra vez eu estava tentando estudar na biblioteca e me distraí muito quando vi uma garota do tempo do colégio, Júlia. Eu comecei a pensar, em dúvida se deveria falar com ela. Quando estávamos na 5a série, Júlia era bastante amigável, e então aconteceu alguma coisa. Não sei bem o que foi. Acho que pode ter...

TERAPEUTA: Posso lhe interromper por um momento? Nós começamos falando sobre os problemas que você vem tendo em estudar para a prova, e agora parece que o foco é Júlia. É mais importante para você voltar a falar sobre a prova, ou Júlia é mais importante de se falar?

PACIENTE: Ah, a prova. Júlia não é tão importante.

TERAPEUTA: Ok, então você estava dizendo que em geral é difícil para você conseguir estudar na biblioteca?

Você desvia o paciente de questões periféricas que não estão na pauta original e que não parecem ter a possibilidade de ajudá-lo o paciente a progredir durante a sessão. Uma exceção marcante ocorre quando você deliberadamente (embora de forma rápida) engaja o paciente em uma conversa mais casual para atingir um objetivo específico. Por exemplo, você pode perguntar sobre a família dele, cinema ou eventos sociais aos quais compareceu recentemente para melhorar seu humor, facilitar a aliança ou avaliar seu funcionamento cognitivo ou habilidades sociais.

A PARTE INTERMEDIÁRIA DA SESSÃO

A seguir, você irá listar os nomes dos problemas na pauta e perguntar ao paciente em qual deles ele quer trabalhar primeiro. Fazer assim dá ao paciente a oportunidade de ser ativo e assumir a responsabilidade. Às vezes, no entanto, você pode assumir a liderança e sugerir um item da pauta por onde começar, especialmente quando julgar que um problema em *particular* é o mais importante. ("Tudo bem se começarmos com o problema de encontrar um emprego de meio expediente?")

Você vai coletar dados sobre o problema, conceituar as dificuldades do paciente de acordo com o modelo cognitivo e decidir colaborativamente por qual parte do modelo cognitivo vocês vão começar a trabalhar (solucionar a situação problema, avaliar os pensamentos automáticos, reduzir o sofrimento imediato do paciente [se o afeto do paciente estiver muito exaltado ele não conseguirá focar na solução do problema, na avaliação dos pensamentos ou na mudança comportamental], sugerindo mudanças comportamentais [e ensinando habilidades comportamentais, se necessário] ou reduzindo a estimulação fisiológica do paciente [se estiver interferindo em uma discussão importante]). No contexto da discussão dos problemas da pauta, você estará ensinando habilidades ao paciente e definindo um novo exercício de casa. Também irá fazer resumos periódicos, se necessário, para ajudar você e o paciente a lembrar do que fizeram nesta parte da sessão.

Na discussão do primeiro problema (e problemas subsequentes), você irá incluir seus objetivos na terapia, quando apropriado. Nesta segunda sessão, eu procuro não somente ajudar Sally a resolver o problema, mas também a:

- Reforçar o modelo cognitivo.
- Continuar ensinando Sally a identificar seus pensamentos automáticos.
- Proporcionar alívio dos sintomas ao ajudar Sally a responder aos seus pensamentos ansiosos.
- Como sempre, manter e desenvolver o *rapport* por meio da compreensão adequada.

Item nº 1 da Pauta

TERAPEUTA: Ok, vamos dar uma olhada na pauta. Por onde você acha que devemos começar? Poderíamos conversar sobre a prova, seu humor quando você está estudando ou está na biblioteca ou sobre o processo de melhora.

PACIENTE: Minha prova de Economia, eu acho, eu estou muito preocupada com isso.

TERAPEUTA: [coletando dados] Ok, você pode me dar uma visão geral do que aconteceu nesta semana? O quanto você estudou? O que aconteceu com a sua concentração?

PACIENTE: Bem, a minha ideia era estudar o tempo todo. Mas cada vez que eu me sentava, simplesmente ficava nervosa. Às vezes, eu não me dava conta de que a minha mente estava vagando e, então, tinha que voltar a ler a mesma página.

TERAPEUTA: [continuando a coletar dados para que eu pudesse ajudar a resolver o problema e identificar possíveis distorções no pensamento de Sally] Quando será a prova e quantos capítulos voce precisa estudar?

PACIENTE: Será daqui a duas semanas e eu acho que abrange os cinco primeiros capítulos.

TERAPEUTA: E quantos capítulos você já leu pelo menos uma vez?

PACIENTE: Aproximadamente três.

TERAPEUTA: E ainda existe alguma coisa nesses três primeiros capítulos que você não entende?

PACIENTE: Muitas coisas.

TERAPEUTA: Ok. Então, resumindo, você tem uma prova em duas semanas e está preocupada porque não entende muito bem a matéria.

PACIENTE: Certo.

Nesta primeira parte, eu procuro obter uma visão geral do problema. Sutilmente, modelo como expressar esse problema de forma sucinta. A seguir, ajudo Sally a identificar seus pensamentos automáticos, fazendo ela se lembrar de uma situação *específica*.

TERAPEUTA: Você consegue se lembrar de algum momento nesta semana em que pensou em estudar ou tentou estudar e a ansiedade ficou muito alta?

PACIENTE: Sim, com certeza... ontem à noite.

TERAPEUTA: A que horas foi? Onde você estava?

PACIENTE: Foi em torno de 19h30. Eu estava indo até a biblioteca.

TERAPEUTA: Você consegue enxergar a cena na sua mente agora? São

19h30, você está caminhando até a biblioteca... O que passa pela sua cabeça?

PACIENTE: E se eu rodar na prova? E se eu rodar na cadeira de Economia? Como é que eu vou recuperar o semestre?

TERAPEUTA: Ok, então você consegue identificar seus pensamentos automáticos. E como esses pensamentos fizeram você se sentir? Ansiosa?

PACIENTE: Muito.

TERAPEUTA: Deixe que eu lhe fale mais um pouco a respeito desses pensamentos automáticos. Nós os chamamos de *automáticos* porque eles parecem simplesmente pipocar na sua mente. Na maior parte do tempo, você não está nem mesmo ciente deles; é provável que você está muito mais ciente do que está sentindo emocionalmente. Mesmo que *esteja* ciente deles, você provavelmente não pensa em avaliar o quanto seus pensamentos são adequados. Você simplesmente os aceita como verdadeiros.

PACIENTE: Hummm.

TERAPEUTA: O que você vai aprender a fazer aqui na terapia será, em primeiro lugar, identificar seus pensamentos e depois julgar por si mesma se eles são completamente verdadeiros, parcialmente verdadeiros ou não são verdadeiros. (*pausa*) Podemos examinar o primeiro pensamento juntas? [começando o processo de avaliação do pensamento automático] Que evidências você tem de que vai rodar na prova?

PACIENTE: Bem, eu não entendo toda a matéria.

TERAPEUTA: Mais alguma coisa?

PACIENTE: Não... só que eu estou perdendo tempo.

TERAPEUTA: Ok. Alguma evidência de que você poderia *não* rodar?

PACIENTE: Bem, eu me saí bem no primeiro teste.

TERAPEUTA: Mais alguma coisa?

PACIENTE: Acho que eu entendo os dois primeiros capítulos melhor do que o terceiro. É no terceiro que eu estou *realmente* tendo problemas.

TERAPEUTA: [começando a solução do problema; fazendo Sally assumir o controle] O que você poderia fazer para aprender melhor o terceiro capítulo?

PACIENTE: Eu poderia lê-lo de novo. Eu poderia dar uma olhada nas minhas anotações de aula.

TERAPEUTA: Mais alguma coisa?

PACIENTE: (*Hesita*) Não consigo pensar em mais nada.

TERAPEUTA: Tem mais alguém a quem você possa pedir ajuda?

PACIENTE: Bem, suponho que eu poderia pedir a Sean; ele é o monitor de ensino. Ou talvez a Ross, o rapaz no fim do corredor que fez esse curso no ano passado.

TERAPEUTA: Isso parece bom. Você pensou em pedir a ajuda de um deles nesta semana? Algum pensamento automático atrapalhou?

PACIENTE: Não, eu acho que nem mesmo tinha pensado nisso.

TERAPEUTA: A quem você acha que seria melhor pedir ajuda?

PACIENTE: Ao Sean, eu acho.

TERAPEUTA: Qual a probabilidade de você lhe pedir para ajudar?

PACIENTE: Eu vou pedir. Ele atende amanhã de manhã.

TERAPEUTA: Ok, presumindo que você tenha ajuda nesta semana, o que você acha da sua previsão de que poderá rodar?

PACIENTE: Bem, eu acho que eu sei parte da matéria. Talvez eu *pudesse* ter ajuda com o resto.

TERAPEUTA: E como você se sente agora?

PACIENTE: Um pouco menos preocupada, eu acho.

TERAPEUTA: Ok, para resumir, você teve muitos pensamentos automáticos nesta semana que a fizeram se sentir ansiosa. Mas, quando para para avaliar esses pensamentos, parece provável que existem algumas coisas que você *pode* fazer para passar. Quando você realmente examina as evidências e responde aos pensamentos, se sente melhor... Está certo?

PACIENTE: Sim, é verdade.

TERAPEUTA: Como exercício de casa nesta semana, eu gostaria que você examinasse novamente esses pensamentos automáticos quando perceber seu humor se alterando. Esses pensamentos podem ter uma parcela de verdade, mas acredito que com frequência você vai descobrir que eles não são necessariamente completamente verdadeiros. Na próxima semana, buscaremos juntas evidências para descobrir se os pensamentos que você anotou para o exercício de casa são completamente adequados. Ok?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Identificar e avaliar pensamentos são habilidades para você aprender, assim como aprender a dirigir ou digitar. Você poderá não se sair muito bem inicialmente, mas com a prática ficará cada vez melhor. E eu vou lhe ensinar mais sobre isso em sessões futuras. Veja o que você consegue fazer nesta semana para simplesmente identificar alguns pensamentos, mas não espere se sair muito bem neste momento, certo?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Mais uma coisa sobre isso. Quando você anotar alguns pensamentos nesta semana, lembre-se mais uma vez de que os pensamentos *podem ser verdadeiros ou não*. Assim, anotá-los antes de ter aprendido a avaliá-los poderia fazer você se sentir um pouco pior.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Vamos anotar esse exercício. E, enquanto fazemos isso, vamos ver se existe mais alguma coisa que você deseja fazer para se preparar para a prova. [Veja a Figura 7.3.]

29 de janeiro

Ler esta lista duas vezes por dia

1. Quando eu notar o meu humor se alterando, devo me perguntar: "O que está passando pela minha cabeça agora?" e anotar meus pensamentos automáticos (os quais podem ser completamente verdadeiros ou não). Tentar fazer isso pelo menos uma vez por dia.
2. Se eu não conseguir identificar meus pensamentos automáticos, anotar simplesmente a situação. Lembrar que aprender a identificar o meu pensamento é uma habilidade que irei desenvolver, como digitar.
3. Pedir ajuda a Sean com o Capítulo 3 do livro de Economia.
4. Ler as anotações da terapia.
5. Continuar correndo/nadando.
6. Planejar três atividades sociais.
7. Diariamente: aumentar a lista de reconhecimento de méritos.

FIGURA 7.3. Exercício de Casa de Sally (Sessão 2).

Nesta seção, faço muitas coisas ao mesmo tempo. Abordo um problema da pauta que é de interesse de Sally, ensino mais a respeito dos pensamentos automáticos, ajudo-a a identificar, avaliar e responder a um pensamento angustiante específico, facilito o alívio do sintoma ao diminuir sua ansiedade, prescrevo um exercício de casa e aconselho Sally a ter expectativas realistas quanto a aprender a nova habilidade. Os Capítulos 9 a 12 descrevem em mais detalhes o processo de ensinar o paciente a identificar e avaliar seus pensamentos automáticos.

P: E se... eu não souber como ajudar o paciente a resolver um determinado problema?

R: Há muitas coisas que você pode fazer:

- Descobrir como ele já tentou resolver o problema antes e por que não funcionou. Você poderá modificar a solução ou modificar pensamentos que atrapalharam a solução do problema.
- Usar a si mesmo como exemplo. Pergunte-se: "Se eu tivesse esse problema, o que eu faria?"
- Pedir ao paciente para nomear outra pessoa (geralmente um amigo ou familiar) que poderia supostamente ter o mesmo tipo de problema. Que conselho o paciente daria a essa pessoa? Veja se esse conselho poderia se aplicar ao paciente.
- Se você estiver emperrado, adie a discussão: "Eu gostaria de pensar mais a respeito do problema nesta semana. Poderíamos colocá-lo na pauta para conversarmos mais a respeito na próxima semana?".

Veja, também, o Capítulo 15 para uma descrição mais detalhada da solução de problemas.

Item nº 2 da Pauta

Na parte seguinte da sessão, dou a Sally algumas informações sobre o processo de melhora. Ao terminar um segmento da sessão, primeiro resumo brevemente:

TERAPEUTA: Ok, acabamos de falar sobre a sua prova e como seus pensamentos automáticos realmente fizeram você se sentir ansiosa e interferiram na solução do problema. A seguir, eu gostaria de conversar sobre o processo de melhora, se você concordar.

PACIENTE: Certamente.

TERAPEUTA: Fico feliz que hoje você esteja se sentindo um pouco menos deprimida, e espero que continue a se sentir melhor. Contudo, é provável que você não vá simplesmente se sentir um pouco melhor a cada semana até que volte a ser o que era antes. Você deve esperar ter seus altos e baixos. Estou lhe dizendo isso por uma razão: você consegue imaginar o que pensaria se esperasse melhorar cada vez mais e, então, certo dia, você se sentisse muito pior?

PACIENTE: Eu provavelmente pensaria que nunca iria ficar bem.

TERAPEUTA: É isso mesmo. Assim, eu quero que você se lembre de que nós previmos um possível retrocesso, que retrocessos são

normais e fazem parte do processo de melhora. Você gostaria de registrar alguma coisa por escrito a esse respeito?

Veja o Capítulo 18 para uma discussão mais detalhada da prevenção de recaída e uma representação gráfica do curso normal da terapia.

Resumos Periódicos

Três tipos de resumos são importantes durante as sessões. O primeiro resume o conteúdo. O paciente geralmente descreve um problema com muitos detalhes. Você vai resumir o que ele disse na forma do modelo cognitivo para se certificar de que você identificou corretamente o que é mais incômodo para o paciente e apresentá-lo de forma mais concisa e clara. Na medida do possível, use as palavras do próprio paciente, para comunicar uma compreensão adequada e para manter a dificuldade principal ativada na mente dele:

TERAPEUTA: Deixe-me ver se eu entendi. Você estava pensando em conseguir novamente um emprego de meio expediente, mas então pensou "Eu nunca vou conseguir dar conta", e o pensamento a deixou tão triste que você desligou o computador, voltou para a cama e chorou por meia hora. Está correto assim?

Se eu tivesse expressado as ideias da paciente sem usar as palavras dela ("Parece que você não estava segura em relação a se sair bem se conseguisse um trabalho de meio expediente"), eu teria diminuído a intensidade do pensamento automático e a emoção, e nossa avaliação posterior do pensamento teria sido, então, menos efetiva. Os resumos que substituem as palavras do paciente pelas do *terapeuta* também podem levar o paciente a acreditar que ele não foi entendido adequadamente:

PACIENTE: Não, não é que eu tenha pensado que poderia não me sair bem; eu tenho medo é de não conseguir dar conta *mesmo*.

Com frequência, você vai pedir que o paciente faça um segundo tipo de resumo depois que você avaliou um pensamento automático ou uma crença:

"Você poderia resumir o que acabamos de falar?"
ou
"O que você acha que é a questão principal aqui?"
ou

"O que você acha que seria importante lembrar?"

Se o paciente faz um bom resumo, você ou ele deve anotar esse resumo para que ele possa ler como exercício de casa. Se o resumo dele perder o foco, você poderá dizer: "Bem, está perto disso, mas me parece que seria mais útil que você se lembrasse desta maneira...". Se o paciente concordar, o último resumo é registrado nas suas anotações.

O terceiro resumo é curto, quando uma parte da sessão foi concluída, e então terapeuta e paciente têm clara compreensão do que acabaram de fazer e o que farão a seguir:

TERAPEUTA: Ok, então nós acabamos de falar sobre o curso do tratamento. Agora devemos conversar sobre o problema com a sua prima?

RESUMO FINAL E *FEEDBACK*

O objetivo do resumo final é focalizar a atenção do paciente de forma positiva nos pontos mais importantes da sessão. Nas sessões iniciais, geralmente você é quem fará o resumo.

TERAPEUTA: Bem, só nos restam alguns minutos. Permita que eu resuma o que abordamos hoje, e depois vou lhe perguntar o que voce achou da sessão.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Parece que quando teve mais pensamentos de esperança nesta semana, você se sentiu menos deprimida. Mas, então, a sua ansiedade aumentou porque teve todos esses pensamentos negativos sobre a prova. Entretanto, quando examinamos as evidências de que você vai rodar, elas não pareceram convincentes. E você encontrou boas estratégias para ajudá-la a estudar, algumas das quais vai tentar entre hoje e a próxima sessão. Nós também discutimos sobre o que você deverá se lembrar se tiver um retrocesso. Por fim, conversamos sobre você continuar a correr, e vimos como identificar e avaliar seus pensamentos automáticos, que é uma habilidade que continuaremos praticando na terapia. (*pausa*) Você acha que isso abrange tudo?

PACIENTE: Sim.

À medida que o paciente progride, o terapeuta poderá pedir que ele resuma os pontos mais importantes. O resumo será feito com muito mais facilidade se o paciente tiver feito anotações durante a sessão:

TERAPEUTA: Ok, Sally, restam nos apenas alguns minutos. O que você acha que seja mais importante lembrar durante esta semana? Você pode dar uma olhada nas suas anotações.

Depois do resumo final, o terapeuta solicita ao paciente um *feedback* sobre a sessão.

TERAPEUTA: Ok, Sally, o que você achou da sessão de hoje? Teve alguma coisa que eu disse que a aborreceu? Alguma coisa em que você acha que eu estava enganada?

PACIENTE: Eu estou um pouco preocupada com a possibilidade de ter

um retrocesso.

TERAPEUTA: Bem, um retrocesso é possível, e se você perceber que está se sentindo significativamente pior antes da nossa próxima sessão, eu gostaria que você me ligasse para discutirmos se você deveria vir antes. Contudo, pode ser que você tenha uma semana bem melhor.

PACIENTE: Assim espero.

TERAPEUTA: Devemos colocar novamente na pauta o tópico "retrocessos"?

PACIENTE: Sim, acho que sim.

TERAPEUTA: Mais alguma coisa sobre a sessão? Alguma coisa que você queira que façamos diferente da próxima vez?

PACIENTE: Não, acho que não.

TERAPEUTA: Ok, vejo você na semana que vem, então.

Se você perceber que o paciente não expressou completamente o que pensou sobre a sessão, poderá pedir que ele preencha um relatório da terapia (veja a Figura 5.2). Quando o paciente expressar um *feedback* negativo, você o reforçará positivamente e então tentará resolver o problema. Se não houver tempo suficiente para isso, peça desculpas e diga que você gostaria de discutir seu pensamento negativo sobre a sessão logo no começo da sessão seguinte. O *feedback* negativo geralmente indica dificuldades na aliança terapêutica (discutido em mais detalhes em J. S. Beck, 2005).

SESSÃO 3 E SUBSEQUENTES

As sessões posteriores mantêm o mesmo formato básico. O conteúdo varia de acordo com os problemas e objetivos do paciente e os seus objetivos terapêuticos. Nesta seção, descrevo o curso da terapia ao longo das sessões. Uma descrição mais detalhada do plano de tratamento pode ser encontrada no Capítulo 19.

Conforme já mencionado, você inicialmente assume a liderança para ajudar o paciente a identificar e modificar pensamentos automáticos, planejando exercícios de casa e resumindo a sessão. À medida que a terapia avança, acontece uma mudança gradual na responsabilidade. Mais perto do fim da terapia, o próprio paciente tende a identificar seu pensamento distorcido, planeja os seus exercícios de casa e resume a sessão.

Outra mudança gradual é passar de uma ênfase nos pensamentos automáticos para um foco tanto nos pensamentos automáticos quanto nas crenças subjacentes (veja os Capítulos 13 e 14). Quando a terapia se encaminha para a fase final, acontece outra mudança: a preparação do paciente para o término e a prevenção de recaída (veja o Capítulo 18).

Ao planejar uma sessão, você está atento ao estágio da terapia e continua a usar sua conceituação do paciente para guiar o tratamento, anotando itens potenciais para a pauta antes de uma sessão. Quando o paciente reporta sobre o seu humor, examina brevemente a semana e especifica tópicos para a pauta, você formula em sua mente um objetivo ou objetivos específicos para a sessão. Por exemplo, na Sessão 3, meus objetivos para Sally (embora não necessariamente para todos os pacientes deprimidos) são começar a lhe ensinar de forma estruturada a avaliar seus pensamentos automáticos e continuar a programar atividades prazerosas. Na Sessão 4, meu objetivo é ajudar Sally a solucionar o problema de encontrar um trabalho de meio expediente e continuar a responder aos seus pensamentos disfuncionais. Procuro continuamente integrar meus objetivos aos itens da pauta de Sally. Assim, ensino habilidades de solução de problemas e reestruturação cognitiva no contexto das situações que ela traz à terapia. Essa combinação de solução de problemas e ajuda ao paciente para responder aos seus pensamentos geralmente propicia ao terapeuta iniciante tempo suficiente para discutir em profundidade apenas umas duas situações problemáticas da pauta durante uma determinada sessão. Os terapeutas experientes geralmente conseguem abranger mais.

Para aprimorar sua conceituação, fazer o acompanhamento do que está sendo trabalhado em uma sessão e planejar futuras sessões, você faz anotações durante a sessão (veja a Figura 7.4) e guarda uma cópia das anotações do paciente. É útil anotar o(s) problema(s) discutido(s), os pensamentos disfuncionais e as crenças escritos literalmente (e o grau em que o paciente inicialmente acreditava neles), as intervenções feitas durante a sessão, os pensamentos e as crenças recém-reestruturados (e o grau de crença neles), o exercício de casa prescrito e os tópicos para pautas de futuras sessões. Mesmo terapeutas experientes têm dificuldade em lembrar-se de todos esses itens importantes se não tomarem nota.

Anotações da Terapia

Nome do paciente: *Sally* **Data:** 15/3 **Sessão #:** 7

Escores objetivos: Inventário de Depressão de Beck = 18, Inventário de Ansiedade de Beck = 7, Escala de Desesperança = 9

Pauta do paciente:

Problemas com o trabalho de inglês

Problemas com colega de quarto

Objetivos do terapeuta:

Continuar a modificar pensamento perfeccionista.

Reduzir ansiedade e esquiva da participação em aula.

Pontos importantes da sessão:

1. Sente-se menos deprimida e ansiosa nesta semana.

2. Situação problemática → Pensamento automático

→ Ansiosa → Não está suficientemente bom

Terminar trabalho de inglês até amanhã

Intervenção – Registro de Pensamento (anexo)

Resultado – Ansiedade (reduzida)

3. Antiga crença: Se eu não ficar com "A", significa que não tenho o necessário para ser um sucesso. 90% [força da crença]

Intervenção: Consulta Rebecca (amiga)

Resultado: 80% [reclassificando a força da crença]

Intervenção 2: *Role-play* intelectual-emocional

Resultado: 60% [reclassificando a força da crença]

Nova crença: Eu não preciso só de "As" para ter sucesso agora ou no futuro. 80%.

4. Cartão de enfrentamento sobre fazer perguntas após a aula (anexo).

5. Problema com colega de quarto – muito barulhenta à noite.

Intervenção – dramatizou como abordar a colega de quarto.

Exercício de casa: [Se escrito em folha de papel separada, anexar.]

Registro dos pensamentos e lista de méritos.

Ler anotações da terapia e pensar sobre antigas e novas crenças quanto ao sucesso.

Ler cartões de enfrentamento pela manhã e quando necessário.

Fazer uma ou duas perguntas após a aula.

Gastar mais uma hora para revisar o trabalho de inglês.

Pedir à colega de quarto para fazer menos barulho à noite.

Sessões futuras:
Ver como o perfeccionismo afeta outras partes da vida.

FIGURA 7.4. Anotações da Terapia.

Enquanto faz as anotações, você mantém o maior contato visual possível. É importante, às vezes, especialmente quando o paciente está revelando material emocionalmente doloroso, *não* fazer anotações, para que você possa estar mais inteiramente presente para o que ele diz.

Este capítulo descreveu a estrutura e o formato de uma típica sessão inicial e descreveu sucintamente a terapia ao longo das sessões. O próximo capítulo discute os problemas para colocar em prática o formato prescrito, enquanto o Capítulo 19 descreve em detalhes como planejar o tratamento antes das sessões, dentro das sessões e ao longo das sessões.

Capítulo 8

PROBLEMAS NA ESTRUTURAÇÃO DA SESSÃO

Invariavelmente, surgem problemas na estruturação das sessões. Quando você identificar um problema, irá especificá-lo, conceituar por que ele surgiu e planejar uma solução. Se você diagnosticou corretamente o paciente e desenvolveu um sólido plano de tratamento, mas ainda tem dificuldades na estruturação das sessões, deve verificar o seguinte:

- Você não conseguiu interromper gentilmente o paciente para direcionar a sessão?
- Você não conseguiu familiarizar o paciente com o tratamento?
- Você não conseguiu engajar suficientemente o paciente no tratamento ou não desenvolveu uma aliança terapêutica forte?

Essas dificuldades são descritas neste capítulo. E, depois, são apresentados os problemas e a solução para cada segmento de uma sessão típica.

COGNIÇÕES DO TERAPEUTA

Se você for um terapeuta iniciante ou tiver experiência em uma modalidade menos diretiva, poderá ter interferências de cognições sobre a estrutura, a interrupção do paciente e a implementação da estrutura padrão.

Pensamentos Automáticos
“Eu não sei estruturar a sessão.”
“[Meu paciente] não vai gostar da estrutura.”
“Ela não consegue se expressar de maneira sucinta.”
“Ele vai ficar bravo se eu for muito diretivo.”
“Eu não devo interrompê-lo.”
“Ele não vai fazer os exercícios de casa.”
“Ela vai se sentir invalidada se eu avaliar seu pensamento.”

Você deve monitorar seu nível de desconforto e identificar seus pensamentos automáticos durante e entre as sessões. Você poderá, então, identificar um problema, avaliar e responder aos seus pensamentos e resolver o problema para facilitar o seu experimento com a aplicação da estrutura padrão na próxima sessão.

INTERROMPENDO O PACIENTE

Para estruturar as sessões efetivamente para que a terapia possa avançar de forma eficiente, você precisará usar a interrupção de forma delicada. Na transcrição a seguir, a terapeuta percebe que está um tanto sobrecarregada pelos problemas despejados pelo paciente. Ela usa a sua reação emocional como um indício para interromper e estruturar o paciente.

PACIENTE: E, então, eu não pude acreditar, mas a minha irmã me mandou – me mandou! – ir ajudar minha mãe. Ela sabe que eu não posso fazer isso. Quer dizer, a minha mãe e eu nunca nos demos bem. Se eu for até lá, ela vai me bombardear de coisas para fazer. E ela vai me criticar. Eu não posso receber mais nenhuma crítica. Já tenho isso todo o dia no trabalho e...

TERAPEUTA: Posso lhe interromper por um minuto? Eu quero me certificar de que entendi o que está acontecendo. Nós começamos a falar sobre planos de férias e sobre o que você deveria fazer, e então você descreveu mais alguns problemas. Qual dos assuntos você acha que seria mais importante trabalharmos? Planos de férias, sua irmã, mãe ou trabalho?

P: E se... o paciente ficar incomodado quando você interromper?

R: Se ele não falar espontaneamente que as suas interrupções foram incômodas, pergunte-lhe o que estava passando pela sua cabeça quando você notou uma mudança negativa no afeto. Se ele não conseguir identificar seus pensamentos automáticos, você poderá apresentar a sua hipótese: "Eu estava me perguntando se você achou que eu estava lhe interrompendo demais". Depois de averiguar se a interrupção foi um problema, reforce-o positivamente: "É bom que você tenha me dito isso". A seguir, peça desculpas; diga simplesmente: "Sinto muito". (Uma desculpa é adequada porque você aparentemente calculou mal a quantidade de interrupções que ele poderia tolerar.) Então, resolva o problema, por exemplo, perguntando ao paciente se ele gostaria de falar sem interrupção pelos próximos 5 ou 10 minutos, e ao final desse tempo você resumirá o que ele disse: "Porque é importante para mim que eu realmente entenda o que está se passando com você".

FAMILIARIZANDO O PACIENTE

Uma segunda dificuldade comum na manutenção da estrutura prescrita pode surgir se você não familiarizar o paciente adequadamente. O paciente que é novo na terapia cognitivo-comportamental não sabe de antemão que você deseja que ele relate a sua semana, descreva seu humor e defina a pauta de uma forma sucinta. Ele não sabe que você vai lhe pedir que resuma as discussões dos problemas importantes, que dê um *feedback*, que se lembre do conteúdo da sessão e que faça com persistência os exercícios de casa. Além disso, você está essencialmente lhe ensinando certas habilidades e também uma nova forma de se relacionar com você (para aqueles que já estiveram em outro tipo de terapia) ou uma nova maneira de se relacionar com suas dificuldades, para que ele possa adotar uma forma mais objetiva, orientada para a solução do problema. Portanto, você precisa com frequência descrever, apresentar uma análise racional e monitorar com um *feedback* gentil e corretivo cada um dos elementos da sessão.

ENGAJANDO O PACIENTE

Uma terceira dificuldade comum surge quando o paciente apresenta crenças disfuncionais que interferem na sua capacidade para se comprometer com o trabalho no tratamento. Ele poderá não ter objetivos claros (descritos no Capítulo 5) que realmente deseje atingir. Ele poderá ter esperanças irrealistas de que vai melhorar de alguma forma sem que precise fazer o trabalho da terapia. Ele poderá se sentir sem esperanças quanto à sua capacidade para resolver os problemas, afetar sua vida ou realizar mudanças. Ele poderá, ainda, temer que, caso melhore, sua vida ficará pior de algum modo (p. ex., ele perderá você como terapeuta ou terá que voltar a trabalhar). Você deve estar alerta para a possibilidade desses tipos de interferência das cognições e ajudar o paciente a responder a elas de modo que ele seja mais suscetível à estrutura e às tarefas do tratamento.

FORTALECENDO A ALIANÇA TERAPÊUTICA

Uma quarta dificuldade comum envolve a relutância do paciente em se adequar à estrutura prescrita devido às suas percepções e crenças disfuncionais sobre si mesmo, sobre a terapia ou sobre você. Se você achar que isso não vai interferir na aliança, poderá reconhecer o desconforto do paciente, mas estimulá-lo a aceitar como uma experiência. No outro extremo do espectro, você poderá permitir que o paciente domine e controle o andamento da sessão – inicialmente. Com a maioria dos pacientes, no entanto, você irá negociar um acordo satisfatório para vocês dois, e com o passar do tempo tentará encaminhar o paciente para a estrutura padrão.

Como você identifica se a dificuldade de adesão à estrutura da sessão se deve a uma familiarização falha ou a relutância em se submeter ao tratamento? Primeiramente, você vai intervir familiarizando o paciente com o modelo da terapia cognitivo-comportamental e monitorando suas respostas verbais e não verbais. Se for simplesmente um problema na familiarização, as respostas do paciente serão razoavelmente neutras (ou talvez um pouco autocríticas), e a adesão posterior será boa.

TERAPEUTA: Posso interromper por um momento? Podemos voltar ao que aconteceu quando você ligou para a sua amiga?

PACIENTE: Ah, claro.

Quando o paciente reage negativamente, ele sem dúvida recebeu de modo negativo a sua solicitação, e você precisará fazer alterações.

PACIENTE: (*irritado*) Mas essa coisa com a minha mãe é realmente perturbadora.

TERAPEUTA: Ah, então devemos utilizar alguns minutos para falar sobre a sua mãe? No entanto, pode ser que não tenhamos tempo para voltar a falar sobre David. Tudo bem?

Também podem surgir problemas se você impuser a estrutura de um modo controlador ou exigente. Se o paciente relutar em lhe dar um *feedback* honesto sobre o quanto você é controlador, talvez você não venha a saber que cometeu esse erro. Será importante que você examine uma gravação da sessão ou, melhor ainda, peça a um colega ou supervisor que a examine. Então, poderá modelar como se

desculpar e remediar o problema na sessão seguinte: “Acho que eu dei a impressão de ser muito dominadora na semana passada. Sinto muito, eu só quero ter certeza de que você concorda com a forma como a sessão se desenvolve”.

Os problemas típicos em cada estágio da sessão, excluindo os erros significativos que o terapeuta comete, são apresentados a seguir.

VERIFICAÇÃO DO HUMOR

Os problemas comuns envolvem o paciente não preencher os formulários, aborrecimento por ter que preencher formulários ou dificuldade em expressar subjetivamente (de maneira concisa) o seu humor geral durante a semana. Se a dificuldade for simplesmente uma familiarização deficiente em relação ao preenchimento dos formulários, você poderá perguntar ao paciente se ele se lembra e concorda com a lógica do preenchimento e identificar se existe uma dificuldade prática que precisa ser resolvida (p. ex., tempo insuficiente, esquecimento ou um déficit escolar).

Quando o paciente estiver incomodado pela solicitação de preenchimento dos formulários, você poderá perguntar a respeito dos pensamentos automáticos que ele experiencia quando pensa em preenchê-los ou mesmo quando o está fazendo, ou você poderá investigar o significado da situação: "Qual é a pior parte neles?" ou "O que *significa* eu ter pedido para preencher estes formulários?". Você poderá, então, responder empaticamente às inquietações do paciente, ajudá-lo a avaliar pensamentos e crenças relevantes e/ou resolver o problema. Essas respostas são dadas nos três exemplos seguintes.

PACIENTE: Os formulários realmente não parecem se aplicar a mim. Metade das perguntas é irrelevante.

TERAPEUTA: Sim, eu sei. Mas na verdade elas são úteis para mim – eu posso examiná-las com rapidez e ter uma visão geral da situação, sem ter que lhe aborrecer com muitas perguntas. Você estaria disposta a preencher novamente na próxima semana para que possamos conversar mais sobre isso se ainda lhe for incômodo?

No exemplo a seguir, a paciente expressa claramente a sua contrariedade por meio da escolha das palavras, do tom de voz e da linguagem corporal.

PACIENTE: Estes formulários são uma perda de tempo. Metade das perguntas é irrelevante.

TERAPEUTA: Qual é a pior parte de respondê-las?

PACIENTE: Eu estou ocupada. Tenho muito o que fazer. Se a minha vida for preenchida com tarefas sem sentido, eu nunca vou conseguir fazer nada.

TERAPEUTA: Posso ver que você está bem irritada. Quanto tempo

leva para preencher esses formulários?

PACIENTE: ... Eu não sei. Alguns minutos, eu acho.

TERAPEUTA: Eu sei que alguns dos itens não se aplicam a você, mas na verdade eles nos economizam tempo na sessão porque eu não preciso lhe fazer um monte de perguntas. Poderíamos tentar resolver o problema e ver como eles poderiam se encaixar no tempo de que você dispõe?

PACIENTE: Eu acho que não é um grande problema. Eu vou fazer. Só vou sair do trabalho um pouco mais cedo da próxima vez.

Nesse exemplo, eu evitei a avaliação direta da acurácia dos pensamentos automáticos do paciente porque ele está incomodado e eu percebo que ele vai receber tal questionamento de forma negativa. Em vez disso, apresento uma justificativa razoável e o ajudo a se dar conta de que a tarefa não consome tanto tempo assim quanto ele imaginava que fosse.

Em um terceiro caso, eu julgo que uma maior persuasão para preencher os formulários afetará negativamente uma aliança terapêutica tênue.

PACIENTE: (*com voz zangada*) Eu odeio estes formulários. Eles não se aplicam a mim. Eu sei que *você* quer que eu os preencha, mas estou lhe dizendo, eles são inúteis.

TERAPEUTA: Vamos deixá-los de lado, então, pelo menos no momento. Entretanto, eu *gostaria* de ter uma ideia clara de como você se sentiu durante a semana. Talvez você pudesse apenas dar um escore para suas emoções em uma escala de 0 a 100 ou de 0 a 10.

Um problema diferente envolve a dificuldade do paciente em se expressar subjetivamente sobre seu humor, seja porque não o faz de forma concisa ou porque tem dificuldade em nomear seus humores. Você pode interrompê-lo gentilmente e fazer perguntas específicas ou lhe mostrar como responder.

TERAPEUTA: Posso interrompê-la por um momento? Você pode me dizer em apenas uma frase como esteve o seu humor nesta semana, em comparação com a semana passada? Daqui a pouco eu vou querer saber mais sobre o problema com a sua irmã, mas primeiro preciso saber se, de modo geral, você se sentiu melhor, pior ou a mesma coisa, comparado à semana passada.

PACIENTE: Um pouco pior, eu acho.

TERAPEUTA: Mais ansiosa? Mais triste? Mais irritada?

PACIENTE: Talvez um pouco mais ansiosa. E triste na mesma proporção. Na verdade, irritada não.

Quando o paciente tem dificuldade em rotular seu humor, você pode responder de forma diferente:

TERAPEUTA: Parece que é difícil você expressar com precisão como tem-se sentido. Talvez devêssemos colocar na pauta: “identificação dos sentimentos”.

Durante a sessão, você pode usar as técnicas descritas no Capítulo 10 para ensinar o paciente a especificar seu humor.

ATUALIZAÇÃO RÁPIDA

Uma dificuldade comum surge quando o paciente faz um relato muito detalhado ou fica divagando sem um foco ao falar da sua semana. Após várias frases deste tipo, você pode interromper gentilmente:

TERAPEUTA: Posso interrompê-la por um momento? Agora, eu só preciso ter uma visão geral de como você tem-se sentido. Você poderia me contar sobre a sua semana em duas ou três frases? Foi, de modo geral, uma boa semana? Uma semana ruim? Ou ela teve altos e baixos?

Se o paciente continuar a dar detalhes em vez de uma visão mais ampla, você pode demonstrar o que está buscando:

TERAPEUTA: Parece que você está dizendo: "Eu tive uma semana bem difícil. Tive que brigar com uma amiga e estava muito ansiosa porque ia sair e tive problemas de concentração no meu trabalho". Foi assim mesmo?

Alguns pacientes compreendem e conseguem dar uma visão concisa, mas eles não *escolhem* fazer isso. Se você tem dados que sugerem que questionar o paciente sobre a sua relutância em aderir ao modelo poderia comprometer a aliança, deixe inicialmente que ele controle a parte da sessão em que é feita a atualização. (Esses dados podem incluir reações verbais e/ou não verbais do paciente às suas tentativas anteriores de estruturação, afirmações diretas dele de que tem outras preferências no processo terapêutico ou relatos de uma reação intensa no passado quando ele teve a percepção de que outras pessoas o estavam controlando ou dominando.)

Não são comuns, no entanto, reações extremas à estruturação da sessão. Geralmente, você pode investigar de forma objetiva as razões da relutância do paciente e, então, resolver o problema. Depois de pedir a ele para examinar a sua semana de forma mais concisa, e notando uma alteração negativa no afeto, você poderia perguntar: "Quando eu lhe pedi para me dar uma visão geral, o que passou pela sua cabeça?". Tendo identificado os pensamentos automáticos do paciente, então, poderia (1) ajudá-lo a avaliar a validade dos seus pensamentos, (2) usar a técnica da seta descendente (veja as páginas 226-228) para explicitar o significado desses pensamentos e/ou (3)

fazer uma afirmação empática e ir direto para a solução do problema, como a seguir:

TERAPEUTA: Lamento que você tenha sentido que eu a interrompi novamente. Posso perceber que você tem muita coisa na cabeça e eu *gostaria* de escutar. Você quer continuar com a atualização agora, ou devemos colocar "atualização da semana" na pauta? Eu só quero ter certeza de que sei todos os problemas sobre os quais você quer conversar hoje.

Esta última opção é, geralmente, melhor do que ajudar o paciente a avaliar seus pensamentos no momento em que ele está particularmente aborrecido. Ao expressar o seu interesse e disposição para uma concessão, poderá mudar a percepção do paciente de que está sendo muito controlador.

PONTE ENTRE AS SESSÕES

Quando o paciente dá informações a mais ou de menos, gera um problema. Por exemplo, quando solicitado que relate eventos importantes da semana anterior, o paciente poderá fazer um relato excessivamente detalhado, precisando de uma interrupção gentil por parte do terapeuta, ou ele poderá encolher os ombros ou dizer que não consegue pensar em nada, e você terá que fazer uma pergunta mais pontual ("O que aconteceu quando você foi ver o professor?") ou então voltar a essa questão um pouco mais tarde, se não tiver coletado os dados de que precisa. O paciente também poderá ter dificuldade em se lembrar de pontos importantes da sessão anterior, especialmente se você se descuidou de lembrá-lo de fazer as anotações da terapia ou se ele não leu as anotações como exercício de casa.

Dificuldades típicas na definição da pauta surgem quando o paciente não contribui para a pauta, quando divaga na definição da pauta ou quando não tem esperanças quanto à discussão desses problemas. O paciente que não contribui para a pauta pode estar familiarizado inadequadamente (ou muito confuso para nomear problemas específicos) ou pode atribuir um *significado* especial negativo à contribuição. Esses dois casos são ilustrados a seguir.

TERAPEUTA: Para qual problema ou problemas você quer a minha ajuda para resolver hoje?

PACIENTE: Eu não sei...

TERAPEUTA: Que problemas surgiram para você na semana passada? Ou que problemas você espera que surjam nesta semana?

PACIENTE: Eu não sei. As coisas estão do mesmo jeito, eu acho.

TERAPEUTA: Quando você se sentiu pior durante esta semana?

PACIENTE: (*Pensa*) Eu não sei. Toda a semana foi terrível.

TERAPEUTA: Você acha que se sentiu pior durante o dia, quando estava no trabalho? Ou à noite?

PACIENTE: À noite, eu acho.

TERAPEUTA: Ok, podemos colocar "à noite" na pauta para ver se existe alguma coisa que possamos fazer para que as noites sejam melhores?

PACIENTE: Tudo bem.

No fim da sessão, pedirei à paciente para acrescentar um exercício

de casa à sua lista: pensar sobre quais problemas ela deseja ajuda para resolver na próxima sessão. Se ela não contribuir para a pauta na semana seguinte, apesar da atualização que sugere que ela passou por algumas dificuldades, vou investigar seus pensamentos automáticos e/ou o significado da minha solicitação.

TERAPEUTA: Você conseguiu pensar sobre os problemas para os quais deseja ajuda?

PACIENTE: (*em um tom meio aborrecido*) Eu pensei a respeito. Mas não descobri nada.

TERAPEUTA: Como você estava se sentindo quando estava pensando sobre isso? Aborrecida?

PACIENTE: Talvez um pouco.

TERAPEUTA: O que estava passando pela sua cabeça?

PACIENTE: Eu não estou muito certa de que esta terapia seja boa para mim.

TERAPEUTA: É bom que você tenha-me dito isso. Você tem alguma ideia do que mais poderia ajudá-la?

PACIENTE: O meu último terapeuta me deixava falar sobre o que eu quisesse. Ele não me fazia decidir no começo.

TERAPEUTA: Então quando eu lhe peço para nomear os problemas para os quais deseja ajuda, você se sente meio cerceada?

PACIENTE: É, acho que sim.

TERAPEUTA: Então vamos descobrir juntas como melhorar isso. Você gostaria de passar a feitura da pauta no começo da nossa sessão? Como seria se você entrasse e falasse sobre o que quisesse durante os primeiros 10 minutos? E depois eu gostaria de resumir o que você disse para ter certeza de que realmente entendi. Então talvez pudéssemos pinçar alguma coisa em que focar a partir do que você falou para a parte seguinte da sessão. (*pausa*) O que lhe parece?

PACIENTE: Parece melhor.

TERAPEUTA: Existe mais alguma coisa que lhe incomoda sobre esta terapia?

PACIENTE: Não, acho que não.

TERAPEUTA: Você me garante que dirá se pensar em alguma coisa?

PACIENTE: Ok.

Essa resposta da paciente foi incomum. A maioria dos pacientes é familiarizada muito mais facilmente na feitura da pauta. Mas, nesse caso, eu reconheci que pressioná-la mais poderia afastá-la de mim, e assim demonstrei um desejo de "consertar" colaborativamente o

problema. Ela precisava, inicialmente, de mais flexibilidade na estrutura da sessão, mas eu a conduzi a uma estrutura mais padrão assim que pude.

O paciente que divaga durante a definição da pauta ou se lança a um relato detalhado de um problema em vez de nomeá-lo costuma requerer apenas mais instrução.

TERAPEUTA: (*interrompendo gentilmente*) Posso interrompê-la por um momento? Devemos chamar isso de "problema com o chefe"?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Bom. Você poderia nomear algum outro problema para o qual gostaria da minha ajuda para resolver?

Para o paciente que, na sessão seguinte, persiste em descrever os problemas em vez de apenas nomeá-los durante a definição da pauta, pode-se solicitar que anote seus tópicos para a pauta como exercício de casa (veja a Figura 7.1).

Um terceiro problema na definição da pauta surge quando o paciente se sente sem esperanças quanto à discussão dos seus problemas. Aqui, eu tento introduzir o paciente no modo solução de problema:

TERAPEUTA: Ok, então temos na pauta, até o momento, os problemas de cansaço, organização das suas finanças e fazer o balanço no seu talão de cheques. Mais alguma coisa?

PACIENTE: (*suspira*) Não... Sim... Eu não sei... Eu estou tão sobrecarregada. Eu acho que nada disso vai ajudar.

TERAPEUTA: Você acha que falar sobre os seus problemas aqui não vai ajudar?

PACIENTE: Não. De que adianta? Quer dizer, você não pode consertar o fato de eu não ter muito dinheiro e de estar tão cansada que nem consigo sair da cama na maioria das manhãs – sem falar no fato de que estou cometendo tantos erros no trabalho que provavelmente serei despedida.

TERAPEUTA: Bem, é verdade que não podemos consertar tudo de uma vez. E você tem problemas reais que precisamos trabalhar juntas. Agora, se tivermos tempo para trabalhar em apenas *uma* coisa hoje, o que você acha que vai ajudar mais?

PACIENTE: Eu não sei... o cansaço, talvez. Se eu conseguisse dormir melhor, talvez conseguisse fazer mais coisas.

Nesse caso, eu transmito à paciente a mensagem de que os seus problemas são reais, que eles podem ser trabalhados um por um e que ela não precisa trabalhar neles sozinha. Pedir que ela faça uma escolha forçada *ajuda* a focar na escolha de um problema e parece ajudá-la a se direcionar para a solução do problema. Se a paciente tivesse se recusado a fazer a escolha, eu teria experimentado uma tática diferente:

TERAPEUTA: Parece que você está se sentindo bem desanimada. Não sei com certeza se trabalharmos juntas fará a diferença, mas eu gostaria de tentar. Você estaria disposta a tentar? Podemos conversar por alguns minutos sobre a fadiga e ver o que acontece?

O reconhecimento do seu desânimo e a minha impossibilidade de garantir o sucesso aumentaram a disposição da paciente em experimentar a solução do problema.

EXAME DOS EXERCÍCIOS DE CASA

Um problema típico surge quando o terapeuta, na sua pressa para obter os assuntos da pauta do paciente, não pergunta sobre o exercício de casa feito na semana anterior. Você provavelmente se lembrará de perguntar sobre o exercício de casa se o mantiver como um item permanente na pauta e se examinar as suas anotações da última sessão antes de o paciente entrar no consultório. Um problema oposto surge, às vezes, quando o terapeuta examina o exercício de casa (que não está relacionado à angústia do paciente naquele dia) em muitos detalhes antes de se voltar para os tópicos da pauta do paciente. Outros problemas com o exercício de casa são discutidos em detalhes no Capítulo 17.

DISCUSSÃO DOS ITENS DA PAUTA

Os problemas típicos aqui incluem desânimo, discussão sem foco ou tangencial, ritmo ineficiente e falha na intervenção terapêutica. A *discussão sem foco* geralmente resulta quando você não estrutura a sessão adequadamente por meio de interrupções gentis (guiando o paciente de volta ao assunto em questão), quando você não enfatiza os pensamentos automáticos, emoções, crenças e comportamentos *principais* e quando você não faz o resumo com frequência. Na transcrição a seguir, apresento o resumo de vários minutos da fala da paciente em apenas algumas palavras e redireciono a paciente para identificar seus pensamentos automáticos:

TERAPEUTA: Deixe-me ver se eu entendi. Ontem você teve uma discussão com a sua irmã. Isso lhe fez lembrar de brigas anteriores, e você foi ficando cada vez mais irritada. Ontem à noite, você ligou para ela novamente, e ela começou a criticá-la por não ajudar a cuidar da sua mãe. Está correto?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: O que passou pela sua cabeça quando ela disse: "Você é a ovelha negra da família"?

O *ritmo* é um problema quando você superestima quantos assuntos podem ser discutidos durante uma sessão. É preferível priorizar e depois detalhar dois problemas (ou possivelmente um terceiro) a serem discutidos durante uma sessão, especialmente se você for iniciante em terapia cognitivo-comportamental. Juntos, você e o paciente devem estar atentos ao uso do tempo e decidir colaborativamente o que fazer se o tempo está ficando escasso. Em termos práticos, é aconselhável ter dois relógios (para que cada um dos dois possa olhar com facilidade), de modo a incentivar o paciente a monitorar a passagem do tempo junto com você:

TERAPEUTA: Restam apenas 10 minutos para que tenhamos que começar o enceramento da sessão. Você gostaria de continuar conversando sobre este problema com o seu vizinho ou encerrá-lo em um minuto ou dois para que tenhamos tempo de discutir o problema com o seu colega de trabalho?

Um terceiro problema com a discussão dos problemas é quando *o*

terapeuta não faz uma intervenção terapêutica. Na maioria das vezes, meramente descrever um problema ou identificar pensamentos disfuncionais ou crenças relacionadas ao problema *não* vão resultar na melhora do paciente. Você deve estar consciente do seu objetivo (durante a própria sessão) de ajudar o paciente a responder às suas cognições disfuncionais, a resolver ou resolver parcialmente um problema e definir os exercícios de casa para melhorar o problema ou ajudá-lo a se sentir menos angustiado. Durante a sessão, você deve se perguntar:

"Como posso ajudar o paciente a se sentir melhor até o fim da sessão?"
"Como posso ajudar o paciente a ter uma semana melhor?"

DEFININDO UM NOVO EXERCÍCIO DE CASA

É menos provável que o paciente faça o exercício de casa quando o terapeuta:

- Sugere uma tarefa muito difícil ou que não está relacionada às preocupações do paciente.
- Não apresenta uma boa justificativa.
- Esquece de revisar o exercício de casa prescrito nas sessões anteriores.
- Não enfatiza a importância do exercício diário em geral e de prescrições específicas.
- Não ensina o paciente explicitamente a executar a tarefa.
- Não dá início ao exercício na sessão, não faz ensaio encoberto (páginas 323-325), nem faz perguntas comuns sobre os obstáculos potenciais que podem surgir.
- Não faz o paciente anotar a prescrição do exercício.
- Define de forma não colaborativa um exercício que o paciente não quer realizar.

Caso nenhuma das alternativas seja verdadeira, você tentará identificar se o paciente apresenta crenças disfuncionais a respeito do exercício de casa (p. ex., "Eu deveria me sentir melhor sem ter que passar por tanto trabalho", "O meu terapeuta deve me curar sem que eu tenha que fazer as coisas", "Eu sou muito incompetente para fazer o exercício de casa", "O exercício de casa é trivial e não vai fazer eu melhorar"). Você, então, o ajuda a detalhar e testar suas ideias disfuncionais sobre o exercício de casa. Esse assunto é discutido em mais detalhes no Capítulo 17.

RESUMO FINAL

Periodicamente, você fará resumos ao longo da sessão para certificar-se de que entende o que o paciente expressou. Se você seguiu o procedimento padrão e assegurou que os pontos importantes da sessão sejam registrados à medida que vocês avançam, então o resumo final poderá consistir de uma rápida revisão dessas anotações e um resumo verbal de algum outro tópico que foi discutido e das prescrições de exercícios de casa. Sem as anotações da terapia para usar como referência, o paciente geralmente tem dificuldade em resumir a sessão e lembrar-se das conclusões importantes a que chegou.

FEEDBACK

Surgem problemas quando o paciente está angustiado no fim de uma sessão e você não reservou tempo suficiente para resolver essa angústia, ou quando o paciente está perturbado, mas não consegue relatar seu sofrimento a você. Uma solução prática para evitar que o tempo acabe é começar a encerrar a sessão 5 a 10 minutos antes do fim. Você poderá, então, revisar o exercício de casa prescrito de forma mais efetiva, discutir se alguma outra tarefa seria útil, resumir a sessão ou pedir que o paciente faça isso e solicitar e responder ao *feedback*. A seguir, uma resposta simples a um *feedback* negativo:

TERAPEUTA: O que você achou da sessão de hoje? Teve alguma coisa que eu entendi errado? Ou eu disse alguma coisa que a aborreceu?

PACIENTE: Eu acho que você não se dá conta do quanto é difícil para eu fazer as coisas. Eu tenho tantas responsabilidades e tantos problemas. Para *você* é fácil dizer que eu devo apenas me concentrar no trabalho e esquecer tudo o que está acontecendo com o meu chefe.

TERAPEUTA: Que bom que você me disse isso – e eu lamento por você ter tido essa impressão. O que eu *queria dizer* era que eu percebo que você está muito angustiada devido ao problema com o seu chefe. Eu gostaria que tivéssemos tempo para conversar sobre esse problema agora. (*pausa*) Mas, enquanto isso, houve alguma coisa que eu tenha dito ou feito e que fez você pensar que eu estava sugerindo que simplesmente esquecesse tudo sobre o problema com o seu chefe?

A seguir, esclareci o mal-entendido e combinamos colocar o problema na pauta para a nossa próxima sessão.

Terapeutas em todos os níveis de experiência encontram dificuldades na estruturação com determinados pacientes. O exame cuidadoso do vídeo das suas sessões poderá ser valioso para a identificação e posterior solução desses problemas. Um relato mais abrangente de como conceituar e modificar problemas que o paciente apresenta na sessão pode ser encontrado em J. S. Beck (2005).

Capítulo 9

IDENTIFICANDO PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

O modelo cognitivo afirma que a interpretação de uma situação (e não a situação em si), frequentemente expressa em pensamentos automáticos, influencia a emoção subsequente, o comportamento e a resposta fisiológica. Obviamente, determinados eventos são quase universalmente perturbadores, como, por exemplo, uma agressão pessoal ou uma rejeição. No entanto, pessoas com transtornos psicológicos costumam interpretar erroneamente situações neutras ou até mesmo positivas, e, assim, seus pensamentos automáticos são tendenciosos. Ao examinarem criticamente seus pensamentos e corrigi-los, geralmente se sentem melhor.

Este capítulo descreve as características dos pensamentos automáticos. Depois, descreve como:

- Explicar os pensamentos automáticos para o paciente.
- Evocar e detalhar os pensamentos automáticos.
- Ensinar o paciente a identificar os pensamentos automáticos.

CARACTERÍSTICAS DOS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Os pensamentos automáticos são um fluxo de pensamentos que coexistem com um fluxo de pensamentos mais manifesto (Beck, 1964). Esses pensamentos não são peculiares unicamente a pessoas com sofrimento psicológico; eles são uma experiência comum a todos nós. Na maior parte do tempo, quase não temos consciência desses pensamentos, embora com um pouco de treino possamos trazê-los facilmente à consciência. Quando obtemos a percepção dos nossos pensamentos, podemos fazer automaticamente uma verificação da realidade, caso não estejamos sofrendo de uma disfunção psicológica.

Um leitor deste livro, por exemplo, enquanto está focado no conteúdo deste capítulo, poderá ter o pensamento automático "Eu não entendo isto" e sentir-se um pouco ansioso. Ele poderá, no entanto, responder automaticamente (isto é, sem estar consciente disso) ao pensamento de uma forma produtiva: "Eu *realmente* entendo *parte* disto; deixe-me apenas reler esta seção".

Esse tipo de teste automático da realidade e a resposta aos pensamentos negativos são uma experiência comum. Pessoas em sofrimento, no entanto, podem não se engajar nesse tipo de exame crítico. A terapia cognitivo-comportamental lhes ensina o uso de ferramentas para avaliar seus pensamentos de forma consciente e estruturada, especialmente quando estão perturbados.

Sally, por exemplo, quando está lendo um capítulo sobre Economia, tem o mesmo pensamento que o leitor mencionado: "Eu não entendo isto". Entretanto, seu pensamento torna-se mais extremo: "E *nunca* vou entender". Ela aceita esses pensamentos como corretos e sente-se muito triste. No entanto, após aprender as ferramentas da terapia cognitivo-comportamental, ela consegue usar a emoção negativa como um indício para procurar, identificar e avaliar seus pensamentos e desenvolver uma resposta adaptativa: "Não é necessariamente verdade que eu nunca vou entender isto. Estou tendo algumas dificuldades agora, mas se eu reler ou retomar o estudo quando estiver com mais disposição, pode ser que entenda mais. De qualquer forma, entender isto não é essencial para a minha sobrevivência, e eu posso pedir que alguém me explique se for preciso".

Embora pareça que os pensamentos automáticos surjam espontaneamente, eles se tornam bem previsíveis depois que as crenças subjacentes do paciente são identificadas. Você está

interessado em identificar esses pensamentos que são disfuncionais – isto é, aqueles que distorcem a realidade, são emocionalmente angustiantes e/ou interferem na capacidade do paciente de atingir seus objetivos. Os pensamentos automáticos disfuncionais são quase sempre negativos, a menos que o paciente seja maníaco ou hipomaníaco, tenha personalidade narcisista ou abuse de substâncias químicas.

Os pensamentos automáticos são geralmente muito breves, e o paciente torna-se mais consciente da *emoção* que sente como resultado dos seus pensamentos do que dos próprios pensamentos. Na sessão, por exemplo, o paciente poderá ter consciência de que se sente ansioso, triste, irritado ou envergonhado, mas não tem consciência dos seus pensamentos automáticos até que o terapeuta os questione.

As emoções que o paciente sente estão conectadas logicamente ao conteúdo dos seus pensamentos automáticos. Por exemplo, um paciente pensa "Eu sou um idiota. Eu realmente não entendo o que todos [na reunião] estão dizendo" e sente-se triste. Em outro momento, ele pensa "Ela [minha esposa] não gosta de mim" e sente-se irritado. Quando tem os pensamentos "E se o meu empréstimo não for aprovado? O que é que eu vou fazer?", o paciente sente-se ansioso.

Os pensamentos automáticos frequentemente estão na forma "abreviada", mas podem ser facilmente explicitados quando você pergunta sobre o *significado* do pensamento. Por exemplo, quando um paciente teve o pensamento "Ah, não!", o significado era: "[Meu chefe] vai me dar muito trabalho". "Droga!", para outro paciente, foi a expressão da ideia: "Eu fui um idiota por deixar meu telefone celular em casa".

Os pensamentos automáticos podem ser na forma verbal, forma visual (imagens) ou ambas. Além do seu pensamento automático verbal ("Ah, não!"), o paciente anterior tinha uma imagem de si mesmo, sozinho na sua mesa, tarde da noite, calculando os impostos (veja o Capítulo 16 para uma descrição de pensamentos automáticos em forma de imagens).

Os pensamentos automáticos podem ser avaliados de acordo com sua *validade* e *utilidade*. O tipo mais comum de pensamento automático é uma distorção, e ocorre apesar das evidências objetivas em contrário. Um segundo tipo de pensamento automático é correto, mas a *conclusão* a que o paciente chega pode ser distorcida. Por exemplo, "Eu não fiz o que prometi [a um amigo]" é um pensamento válido, mas a conclusão "Portanto, sou uma pessoa ruim" não é.

Um terceiro tipo de pensamento automático também é válido, mas decididamente disfuncional. Por exemplo, Sally estava estudando para um exame e pensou: "Vou levar horas para terminar isto. Vou ficar acordada até as 3 horas da manhã". Esse pensamento era, sem dúvida,

correto, mas ele aumentou sua ansiedade e diminuiu sua concentração e motivação. Uma resposta razoável a esse pensamento abordaria a sua *utilidade*: "É verdade que vou levar muito tempo para terminar isto, mas eu consigo fazer; eu já fiz antes. Ficar pensando no tempo que vou levar me faz sentir infeliz, e eu também não vou me concentrar. Provavelmente levará mais tempo para terminar. É melhor que eu me concentre em terminar uma parte por vez e reconhecer meu mérito por ter terminado". A avaliação da validade e/ou utilidade dos pensamentos automáticos e a resposta adaptativa a eles, em geral, produzem uma mudança positiva no afeto.

Para resumir, os pensamentos automáticos coexistem com um fluxo mais manifesto de pensamentos, surgem espontaneamente e não estão baseados na reflexão ou deliberação. As pessoas estão, em geral, mais cientes das emoções associadas, mas, com um pouco de treino, elas podem se tornar mais cientes do seu pensar. Os pensamentos que são relevantes para os problemas pessoais estão associados a emoções *específicas*, dependendo do seu conteúdo e significado. Eles são geralmente breves e fugazes, abreviados, e podem ocorrer na forma verbal e/ou como imagens. As pessoas costumam aceitar seus pensamentos automáticos como verdadeiros, sem reflexão ou avaliação. A identificação, a avaliação e a resposta aos pensamentos automáticos (de uma forma mais adaptativa) geralmente produzem uma mudança positiva no afeto.

EXPLICANDO OS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS AO PACIENTE

É aconselhável que se expliquem os pensamentos automáticos usando os próprios exemplos do paciente. No contexto da discussão de um problema específico com um paciente, você vai identificar os pensamentos automáticos associados ao problema.

TERAPEUTA: [direcionando-se para o primeiro tópico da pauta] Devemos falar sobre como você ficou perturbada no parque ontem?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Como você estava se sentindo emocionalmente: Triste? Ansiosa? Zangada?

PACIENTE: Triste.

TERAPEUTA: O que estava passando pela sua cabeça?

PACIENTE: [descrevendo mais a situação em vez de relatar seus pensamentos automáticos] Eu estava olhando as pessoas no parque, passeando, jogando *frisbee*, coisas desse tipo.

TERAPEUTA: O que estava passando pela sua cabeça quando viu aquelas pessoas?

PACIENTE: Eu nunca vou ser como elas.

TERAPEUTA: Ok. [intervenção de psicoeducação] Você acabou de identificar o que chamamos de *pensamento automático*. Todas as pessoas têm. São pensamentos que simplesmente parecem surgir na nossa cabeça. Nós não estamos deliberadamente tentando pensá-los; é por isso que os chamamos de automáticos. Na maior parte do tempo, eles são muito rápidos, e nós nos damos conta mais da emoção – neste caso, tristeza – do que dos pensamentos. Muitas vezes, os pensamentos estão distorcidos de alguma maneira, mas nós reagimos *como se* eles fossem verdadeiros.

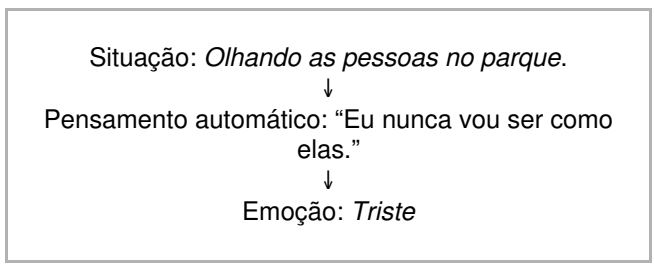
PACIENTE: Humm.

TERAPEUTA: O que iremos fazer é lhe ensinar a identificar seus pensamentos automáticos e depois avaliá-los para ver o quanto eles são acurados. Por exemplo, daqui a pouco, iremos avaliar o pensamento: “Eu nunca vou ser como eles”. O que você acha que aconteceria às suas emoções se descobrisse que o seu pensamento não era verdadeiro – que quando a sua depressão passar vai

perceber que você é como as outras pessoas do parque?

PACIENTE: Eu me sentiria melhor.

Eu sugiro, aqui, um cenário alternativo para ilustrar o modelo cognitivo. Mais adiante na sessão, uso o questionamento socrático (veja o Capítulo 11) para examinar o pensamento com a paciente, para que ela possa desenvolver sua própria resposta adaptativa. Na parte seguinte, anoto os pensamentos automáticos, enfatizando o modelo cognitivo.



TERAPEUTA: Vamos registrar isso no papel. Quando você tem o pensamento "Eu nunca vou ser como elas", sente-se triste. Você percebe como aquilo que está pensando interfere em como você se sente?

PACIENTE: Hum-hum.

TERAPEUTA: Isso é o que chamamos *modelo cognitivo*. O que iremos fazer na terapia é lhe ensinar a identificar seus pensamentos automáticos quando perceber seu humor se alterando. Esse é o primeiro passo. Continuaremos praticando até que fique fácil. Depois, você vai aprender a avaliar seus pensamentos e mudar sua maneira de pensar se não estiver completamente correta. Está claro?

PACIENTE: Acho que sim.

TERAPEUTA: [verificando a compreensão da paciente] Você poderia me falar com suas próprias palavras sobre a relação entre pensamentos e sentimentos?

PACIENTE: Às vezes eu tenho pensamentos que estão errados, e esses pensamentos fazem eu me sentir mal... Mas e se os pensamentos estiverem corretos?

TERAPEUTA: Boa pergunta. Então tentaremos resolver o problema ou descobrir o que há de tão ruim se eles *forem* corretos. A minha opinião, no entanto, é que iremos descobrir muitos erros no seu pensamento porque você *está* deprimida. O pensamento negativo irrealista sempre faz parte da depressão. De qualquer forma, vamos

descobrir juntas se os seus pensamentos estão corretos ou errados.

No fim desta sessão, eu verifico novamente o quanto a paciente parece entender o modelo cognitivo.

TERAPEUTA: Para revisar um pouco, você poderia me dizer o que sabe agora sobre a relação entre pensamentos e sentimentos?

PACIENTE: Bem, às vezes os pensamentos automáticos simplesmente surgem na minha cabeça, e eu os aceito como verdadeiros. E então eu me sinto... seja o que for: triste, preocupada...

TERAPEUTA: Bom. Que tal se como exercício de casa para esta semana você procurasse alguns desses pensamentos automáticos?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Por que você acha que estou sugerindo isso?

PACIENTE: Por que às vezes os meus pensamentos não são verdadeiros, e se eu puder identificar o que estou pensando, poderei alterá-lo e me sentir melhor.

TERAPEUTA: Correto. Ok, vamos anotar esta prescrição: Sempre que eu notar uma mudança no humor ou que o mau humor está piorando, perguntar a mim mesma...Você se lembra da pergunta?

PACIENTE: O que está passando pela minha cabeça?

TERAPEUTA: Bom! Foi direto ao ponto.

EVOCANDO PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

A habilidade para aprender a identificar pensamentos automáticos é análoga a aprender qualquer outra habilidade. Alguns pacientes (e terapeutas) conseguem fazer com facilidade e rapidez; outros precisam de muito mais orientação e prática para identificar pensamentos e imagens automáticos. A pergunta básica que você vai fazer é:

> **"O que estava passando pela sua cabeça?"**

Você vai fazer essa pergunta:

- quando o paciente descrever uma situação problemática que surgiu, geralmente desde a última sessão que vocês tiveram juntos; ou
- quando você notar uma alteração ou intensificação de afeto negativo durante uma sessão.

Esta última situação é muito importante, e é vital estar alerta aos indícios verbais e não verbais do paciente, para que possa identificar suas "cognições quentes" – isto é, pensamentos automáticos e imagens importantes que surgem durante a sessão e que estão associados a uma alteração ou aumento da emoção. Essas cognições quentes podem ser sobre o próprio paciente ("Eu sou um fracasso"), o terapeuta ("Ela não me entende") ou sobre o assunto em discussão ("Não é justo que eu tenha tanta coisa para fazer") e poderão minar a motivação ou o sentimento de adequação ou valor do paciente. Elas podem interferir na concentração do paciente durante a sessão e, por fim, na relação terapêutica. A identificação na hora dos pensamentos automáticos dá ao paciente a oportunidade de testar e responder aos pensamentos imediatamente, de modo a facilitar o trabalho pelo resto da sessão.

Como você sabe que um paciente passou por uma alteração no afeto? Você fica alerta a indícios não verbais, como alteração na expressão facial, contração dos músculos, mudanças de postura ou gestos manuais. Os indícios verbais incluem alteração no tom de voz, no volume ou no ritmo. Ao notar a alteração, você infere uma alteração no afeto e confirma isso perguntando ao paciente o que estava passando pela sua cabeça.

Dificuldades na Identificação de Pensamentos Automáticos

Se o paciente não conseguir responder à pergunta "O que estava passando pela sua cabeça?", você poderá:

1. Perguntar como ele está/estava se sentindo e onde seu corpo vivenciava a emoção.
2. Evocar uma descrição detalhada da situação problemática.
3. Pedir ao paciente para visualizar a situação angustiante.
4. Sugerir que o paciente faça um *role-play* com você da interação específica (se a situação angustiante foi interpessoal).
5. Evocar uma imagem.
6. Apresentar pensamentos opostos aos que você supõe que na realidade estavam passando pela cabeça dele.
7. Perguntar sobre o significado da situação.
8. Fazer a pergunta de maneira diferente.

Essas técnicas estão ilustradas nas transcrições a seguir.

Intensificando a Resposta Emocional e Fisiológica

TERAPEUTA: Sally, quando você estava pensando em se apresentar como voluntária em aula, o que estava passando pela sua cabeça?

PACIENTE: Não tenho muita certeza.

TERAPEUTA: Como você estava se sentindo?

PACIENTE: Ansiosa, eu acho.

TERAPEUTA: Onde você se sentiu ansiosa?

PACIENTE: Aqui (*apontando para o abdome*). Na boca do estômago.

TERAPEUTA: Você consegue ter a mesma sensação agora?

PACIENTE: (*Concorda com um aceno de cabeça*)

TERAPEUTA: Então você está sentada em aula, pensando em se apresentar como voluntária e sente essa ansiedade na boca do estômago... O que está passando pela sua cabeça?

PACIENTE: Se eu disser alguma coisa não vou me sair bem. As pessoas vão me julgar.

Estimulando uma Descrição Detalhada

TERAPEUTA: Então você estava sozinha no seu quarto ontem à noite e começou a se sentir muito perturbada?

PACIENTE: Sim.

TERAPETUA: O que estava passando pela sua cabeça?

PACIENTE: Eu não sei. Eu só estava me sentindo deprimida, triste.

TERAPEUTA: Você pode descrever a cena para mim? Que horas eram? Você estava sozinha? O que estava fazendo? O que mais estava acontecendo?

PACIENTE: Eram mais ou menos 6h15. Eu recém tinha voltado do jantar. O dormitório estava bem vazio porque eu me alimentei cedo. Eu ia pegar meus livros na mochila para fazer minha tarefa de Química...

TERAPEUTA: Então você ia começar a fazer sua tarefa de casa e estava pensando...

PACIENTE: [expressando seus pensamentos automáticos] Isto é muito difícil. Eu nunca vou entender.

TERAPEUTA: E então, o que aconteceu?

PACIENTE: Eu simplesmente me deitei na cama.

TERAPEUTA: E enquanto estava lá deitada, o que estava passando pela sua cabeça?

PACIENTE: Eu não quero fazer isto. Eu não quero ficar aqui.

Visualizando a Situação

TERAPEUTA: Sally, você pode imaginar *agora* que está de volta à sala de aula, a professora está falando, o aluno ao seu lado está cochichando, você está se sentindo nervosa... Consegue visualizar isso, como se estivesse acontecendo agora? Qual o tamanho da turma, onde você está sentada, o que a professora está dizendo, o que você está fazendo, etc.?

PACIENTE: Eu estou na minha aula de Economia. A professora está de pé, na frente da turma. Vamos ver [mudando para o tempo passado, o que torna a experiência menos imediata e diminui a resposta emocional], eu estava sentada quase no fundo da sala e estava ouvindo muito pouco...

TERAPEUTA: [guiando a paciente para falar como se isso estivesse acontecendo naquele momento] Então, “eu estou sentada quase no fundo da sala e estou ouvindo muito pouco...”

PACIENTE: Ela está dizendo alguma coisa sobre os tópicos que podemos escolher, uma visão macroeconômica da economia ou...

alguma coisa, e então o aluno à minha esquerda se inclina e cochicha: “Para quando é o trabalho?”.

TERAPEUTA: E o que está passando pela sua cabeça agora?

PACIENTE: O que ela disse? O que eu perdi? Agora não vou saber o que fazer.

Recriando uma Situação Interpessoal por meio do Role-play

O paciente descreve verbalmente quem disse o quê; depois, representa o próprio papel enquanto você faz o papel da outra pessoa na interação.

TERAPEUTA: Então você estava se sentindo deprimida enquanto estava falando com sua colega sobre a tarefa?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: O que estava passando pela sua cabeça enquanto falava com ela?

PACIENTE: (*Faz uma pausa*)... não sei. Eu apenas estava muito deprimida.

TERAPEUTA: Você pode me dizer o que falou para ela e o que ela lhe disse?

PACIENTE: (*Descreve a interação verbal*)

TERAPEUTA: Que tal se nós experimentássemos uma dramatização? Eu serei a colega, e você será você.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Enquanto estamos recriando a situação, veja se você consegue identificar o que está passando pela sua cabeça.

PACIENTE: (*Concorda com um aceno de cabeça*)

TERAPEUTA: Ok, você começa. O que você diz primeiro?

PACIENTE: Lisa, posso te fazer uma pergunta?

TERAPEUTA: Claro, mas você pode me telefonar mais tarde? Eu tenho que correr para a minha próxima aula.

PACIENTE: É rápido. Eu apenas perdi uma parte do que a Dra. Smith disse sobre o nosso trabalho.

TERAPEUTA: Eu estou mesmo com muita pressa. Ligue para mim após as 7h, ok?

Tchau... Ok, fora da dramatização. Você estava ciente do que estava passando pela sua cabeça?

PACIENTE: Sim, eu estava pensando que ela estava tão ocupada para falar comigo que, na verdade, não queria me ajudar, e eu não sabia o que fazer.

TERAPEUTA: Você teve os pensamentos: "Ela está muito ocupada para falar comigo", "Ela na verdade não quer me ajudar", "Eu não vou saber o que fazer".

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: E esses pensamentos fizeram você se sentir triste?

PACIENTE: Sim.

Evocando uma Imagem

TERAPEUTA: Então, quando eu perguntei "Como vai a faculdade?" você se sentiu triste. O que estava passando pela sua cabeça?

PACIENTE: Eu acho que estava pensando na minha aula de Economia, recebendo de volta o meu trabalho.

TERAPEUTA: Você imaginou isso? Você tinha uma imagem na sua cabeça?

PACIENTE: É, eu enxerguei um "C" no alto, com tinta vermelha.

Sugerindo um Pensamento Oposto

TERAPEUTA: Então, quando você estava sentada, sozinha no seu quarto, você estava pensando como tudo está ótimo?

PACIENTE: Não, absolutamente! Eu estava pensando que eu não sei se aqui é o meu lugar.

Revelando o Significado da Situação

TERAPEUTA: O que significou para você ter tirado um B– no seu trabalho?

PACIENTE: Que eu não sou muito inteligente. Eu não tenho as características necessárias.

Fazendo a Pergunta de Forma Diferente

TERAPEUTA: Então, quando a sua mãe não ligou de volta, o que você

estava pensando? Você estava fazendo uma previsão? Você estava lembrando de alguma coisa?

Também é possível, embora geralmente menos indicado, perguntar ao paciente "O que você acha que estava pensando?" ou "Você poderia estar pensando _____ ou _____?", porque ele poderá especular inacuradamente. Às vezes, no entanto, essas duas perguntas são eficazes.

Você vai experimentar uma ou mais das técnicas anteriores quando o paciente tiver dificuldade em identificar seus pensamentos automáticos. Entretanto, se ele continuar tendo dificuldade, vocês poderão decidir colaborativamente por mudar o assunto, para evitar que o paciente sinta que está sendo interrogado ou para reduzir a possibilidade de que ele se veja como um fracasso:

TERAPEUTA: Bem, às vezes, esses pensamentos são difíceis de identificar. Não tem problema, que tal se nós nos voltássemos para _____.

Identificando Pensamentos Automáticos Adicionais

É importante continuar questionando o paciente mesmo depois que ele relata um pensamento automático inicial. O questionamento adicional poderá trazer à luz outros pensamentos importantes.

TERAPEUTA: Então, quando recebeu o teste de volta, você pensou: "Eu deveria ter-me saído melhor. Eu deveria ter estudado mais". O que mais passou pela sua cabeça?

PACIENTE: Provavelmente, todos os outros se saíram melhor do que eu.

TERAPEUTA: E então o quê?

PACIENTE: Eu estava pensando: "Eu nem mesmo deveria estar aqui. Eu sou um fracasso".

Você deve ter em mente que o paciente pode, além destes, ter outros pensamentos automáticos não sobre a mesma situação em si, mas sobre a sua *reação* à situação. Ele poderá entender sua emoção, comportamento ou reação fisiológica de uma forma negativa.

TERAPEUTA: Então você teve o pensamento "Eu vou me atrapalhar" e sentiu-se ansiosa? E o que aconteceu depois?

PACIENTE: O meu coração começou a bater muito rápido, e eu pensei:

"O que está errado comigo?".

TERAPEUTA: E se sentiu...?

PACIENTE: Mais ansiosa.

TERAPEUTA: E depois?

PACIENTE: Eu pensei: "Eu nunca vou me sentir bem".

TERAPEUTA: E você se sentiu...?

PACIENTE: Triste e sem esperança.

TERAPEUTA: E depois...?

PACIENTE: Eu me senti tão mal que achei que não estaria muito divertida no almoço com Allison, então eu lhe disse que não estava me sentindo bem e simplesmente voltei para o meu quarto.

Observe que a paciente primeiro teve pensamentos automáticos a respeito de uma situação específica (ser voluntária em aula). Depois, teve pensamentos sobre a sua ansiedade e reação corporal. Em muitos casos, essas reações emocionais secundárias podem ser muito angustiantes e compõem significativamente uma situação que já é perturbadora. Então, Sally fez uma previsão negativa que afetou seu comportamento.

Para trabalhar com mais eficiência, é importante determinar em que momento o paciente estava *mais* angustiado (antes, durante ou depois de um determinado incidente) e quais eram seus pensamentos automáticos naquele momento. O paciente poderá ter tido pensamentos automáticos angustiantes:

- *antes* de uma situação, como uma antecipação do que poderia acontecer ("E se ela gritar comigo?"),
- *durante* uma situação ("Ela acha que eu sou burra") e/ou
- *depois* de uma situação, refletindo sobre o que aconteceu ("Eu não consigo fazer nada direito; eu nunca deveria ter tentado").

Identificando a Situação Problemática

Às vezes, além de não conseguir identificar pensamentos automáticos associados a uma determinada emoção, o paciente tem dificuldade até mesmo em identificar uma situação ou tópico específico que é mais problemático para ele (ou qual é a parte que mais incomoda). Quando isso acontece, você poderá ajudá-lo a identificar a situação mais problemática, apresentando uma série de problemas perturbadores, pedindo-lhe que hipoteticamente elimine

um problema e determine o quanto se sente aliviado. Depois que uma situação específica foi identificada, os pensamentos automáticos são mais facilmente detectados.

TERAPEUTA: [resumindo] Então, você esteve muito incomodada nos últimos dias e não sabe bem o porquê e está tendo problemas para identificar seus pensamentos – simplesmente você se sente incomodada na maior parte do tempo. Certo?

PACIENTE: Sim. Só que eu não sei por que fiquei tão incomodada o tempo todo.

TERAPEUTA: Em que tipo de coisas você tem pensado?

PACIENTE: Bem, a faculdade, por exemplo. E também não estou me acertando bem com a minha companheira de quarto. E depois eu tentei me comunicar de novo com a minha mãe e não consegui contato com ela, e, sei lá, tudo está difícil.

TERAPEUTA: Então, há um problema com a faculdade, com sua colega de quarto, com o contato com sua mãe... mais alguma coisa?

PACIENTE: Sim. Eu não tenho-me sentido muito bem. Acho que estou ficando doente.

TERAPEUTA: Qual dessas situações lhe incomoda mais – faculdade, colega de quarto, contato com sua mãe, sentir-se doente?

PACIENTE: Não sei, eu estou preocupada com todas elas.

TERAPEUTA: Vamos anotar essas quatro coisas. Agora, digamos, hipoteticamente, que poderíamos eliminar completamente o problema de se sentir doente. Digamos que agora você se sente bem; o quanto você está ansiosa agora?

PACIENTE: Quase a mesma coisa.

TERAPEUTA: Ok. Digamos, hipoteticamente, que você faça contato com a sua mãe logo após a terapia e que tudo esteja bem com ela. Como se sente agora?

PACIENTE: Um pouco melhor. Não tanto assim.

TERAPEUTA: Ok. E quanto ao problema na faculdade – qual é o problema?

PACIENTE: Eu tenho um trabalho para entregar até a semana que vem.

TERAPEUTA: Ok, digamos que você acabou de entregar o trabalho em tempo e está se sentindo bem por isso. Como se sente agora?

PACIENTE: Isso seria um grande alívio, se aquele trabalho estivesse pronto e eu achasse que ficou bem feito.

TERAPEUTA: Parece que é esse trabalho a situação mais angustiante para você.

PACIENTE: É, acho que sim.

TERAPEUTA: Agora, só para nos certificarmos... Se você ainda tivesse o trabalho para fazer, mas o problema com a colega de quarto desaparecesse, como você se sentiria?

PACIENTE: Não tão bem assim. Eu acho que é o trabalho o que mais está me incomodando.

TERAPEUTA: Daqui a pouco iremos focar no problema acadêmico, mas primeiro eu gostaria de revisar como nós descobrimos isso, para que você consiga fazer por si mesma no futuro.

PACIENTE: Bem, você me pediu para listar todas as coisas com que eu estava preocupada e simular que havia resolvido uma por uma.

TERAPEUTA: E então você conseguiu ver qual delas lhe proporcionaria mais alívio se fosse resolvida.

PACIENTE: É.

Nós, então, focamos no problema acadêmico, identificando e respondendo aos pensamentos automáticos e fazendo alguma solução de problema.

O mesmo processo pode ser usado para ajudar o paciente a determinar qual *parte* de um problema semelhantemente perturbador é a mais angustiante.

TERAPEUTA: Então você esteve muito incomodada com a sua companheira de quarto. O que *especificamente* a incomodou?

PACIENTE: Ah, eu não sei. Tudo.

TERAPEUTA: Você consegue citar algumas coisas?

PACIENTE: Bem, ela tem pegado a minha refeição e não repõe. Não é por mal, mas mesmo assim me incomoda. E ela arranjou um namorado, e, cada vez que fala sobre ele, isso me faz lembrar que eu não tenho um. E é bagunceira: ela deixa as coisas para todo o lado... e ela não tem muita consideração. Às vezes, fala muito alto ao telefone.

TERAPEUTA: Mais alguma coisa?

PACIENTE: Essas são as coisas principais.

TERAPEUTA: Ok, já fizemos isso antes. Deixe-me ler tudo para que você possa identificar o que lhe incomoda mais. Se não conseguir, vamos eliminá-las hipoteticamente uma por uma e ver qual delas faz mais diferença em como você se sente. Ok?

Diferenciando entre Pensamentos Automáticos e Interpretações

Quando pergunta sobre os pensamentos automáticos do paciente, você está procurando pelas palavras ou imagens *reais* que passaram pela mente dele. Até aprenderem a reconhecer esses pensamentos, muitos pacientes relatam as *interpretações*, que podem ou não refletir os verdadeiros pensamentos. Na transcrição a seguir, eu guio a paciente no relato dos seus pensamentos.

TERAPEUTA: Quando você viu aquela mulher na lanchonete, o que passou pela sua cabeça?

PACIENTE: Acho que eu estava negando os meus verdadeiros sentimentos.

TERAPEUTA: O que você estava realmente pensando?

PACIENTE: Não sei o que você quer dizer.

Nessa conversa, a paciente relatou uma interpretação do que estava sentindo e pensando. A seguir, eu tento novamente, focando e estimulando a sua emoção.

TERAPEUTA: Quando a viu, que emoção você sentiu?

PACIENTE: Acho que eu só estava negando os meus sentimentos.

TERAPEUTA: Hum-hum. Que sentimentos você estava negando?

PACIENTE: Não tenho certeza.

TERAPEUTA: [apresentando uma emoção oposta à esperada para avivar sua lembrança] Quando você a viu sentiu-se feliz? Animada?

PACIENTE: Não, de jeito nenhum.

TERAPEUTA: Consegue se lembrar de quando entrou na lanchonete e a viu? Você consegue enxergar a cena em sua mente?

PACIENTE: Hum-hum.

TERAPEUTA: O que está sentindo?

PACIENTE: Tristeza, eu acho.

TERAPEUTA: Quando você olha para ela, o que passa pela sua cabeça?

PACIENTE: [relatando uma emoção e uma reação fisiológica, em vez de um pensamento automático] Eu me sinto muito triste, um vazio na boca do estômago.

TERAPEUTA: O que está passando pela sua cabeça agora?

PACIENTE: Ela é muito inteligente. [pensamento automático] Eu não sou nada comparada a ela.

TERAPEUTA: Ok. Mais alguma coisa?

PACIENTE: Não, eu só caminhei até a mesa e comecei a conversar com a minha amiga.

Especificando os Pensamentos Automáticos Implícitos no Discurso

O paciente precisa aprender a especificar as palavras que realmente passam pela sua cabeça para que possa avaliá-las de forma efetiva. A seguir, apresento alguns exemplos de pensamentos implícitos *versus* as palavras que verdadeiramente passaram na cabeça:

Pensamentos automáticos	**Pensamentos implícitos factuais**
Ele gosta de mim?	**Acho que eu estava me perguntando se ele gosta de mim.**
Provavelmente será um fiasco não tempo, sem perda de tempo.	**Provavelmente será um fiasco não tempo, sem perda de tempo.**
Eu não consigo fazer isso.	**Eu não consigo fazer isso, ou não consegui fazer isso.**

Você gentilmente direciona o paciente a identificar as palavras que *realmente* passaram pela cabeça dele.

TERAPEUTA: Então, quando você ficou vermelha em aula, o que passou pela sua cabeça?

PACIENTE: Acho que eu estava me perguntando se ele me achou estranha.

TERAPEUTA: Você consegue se lembrar das palavras exatas que estava pensando?

PACIENTE: (*confusa*) Não estou entendendo o que você quer dizer.

TERAPEUTA: Você estava pensando “Acho que eu estava me perguntando se ele me achou estranha” ou estava pensando “Ele acha que eu sou estranha?”?

PACIENTE: Ah, entendi; a segunda. Ou, na verdade, eu acho que foi: “Ele provavelmente acha que eu sou estranha”.

Mudando a Forma dos Pensamentos Telegráficos ou em Forma de Pergunta

É frequente os pacientes relatarem pensamentos que não são explicitados completamente. Como é difícil avaliar um pensamento

telegráfico assim, você guia o paciente para expressar o pensamento de forma mais completa.

TERAPEUTA: O que passou pela sua cabeça quando o professor passou o trabalho?

PACIENTE: "Putz", eu apenas pensei "Putz".

TERAPEUTA: Você pode verbalizar o pensamento? "Putz" significa...

PACIENTE: Eu jamais conseguirei fazer o trabalho a tempo. Tenho muita coisa para fazer.

Se o paciente não tivesse sido capaz de verbalizar seu pensamento, o terapeuta poderia ter tentado suprir um pensamento oposto: "'Putz' significa 'Isso é realmente bom'?".

Os pensamentos automáticos são, às vezes, expressos na forma de uma pergunta, tornando a avaliação difícil. Por isso, o terapeuta guia o paciente para que expresse o pensamento em uma forma de afirmação antes de ajudá-lo a avaliá-lo.

TERAPEUTA: Então você se sentiu ansiosa? O que estava passando pela sua cabeça naquele momento?

PACIENTE: Eu estava pensando: "Eu vou passar na prova?".

TERAPEUTA: Ok. Você estava pensando que provavelmente iria ou não iria passar na prova?

PACIENTE: Que eu não iria.

TERAPEUTA: Ok. Então podemos reformular o seu pensamento como: "Pode ser que eu não passe na prova"?

Este é outro exemplo:

TERAPEUTA: Então você teve o pensamento: "O que vai acontecer comigo [se eu ficar cada vez mais nervosa?]". O que você *temia* que acontecesse?

PACIENTE: Não sei... perder o controle, eu acho.

TERAPEUTA: Ok, vamos examinar este pensamento: "Eu poderia perder o controle".

Aqui, eu guio a paciente até a revelação precisa do que ela teme. No próximo exemplo, a paciente tem inicialmente dificuldade de identificar o temor por trás do seu pensamento automático. Eu experimento várias perguntas diferentes:

TERAPEUTA: Então você pensou: "E agora?". O que você pensou que

aconteceria a seguir?

PACIENTE: Eu não sei.

TERAPEUTA: Você estava com medo de que acontecesse alguma coisa específica?

PACIENTE: Não tenho certeza.

TERAPEUTA: Qual é a pior coisa que *poderia* acontecer nesta situação?

PACIENTE: Humm... que eu fosse expulsa da faculdade.

TERAPEUTA: Você acha que o que temia poderia acontecer?

Outros exemplos de como as perguntas podem ser reformuladas para serem avaliadas mais efetivamente são apresentados a seguir:

Pergunta	Reformulação
"Eu não consigo enfrentar?"	"Eu vou conseguir enfrentar."
"Eu não suporto se ela for embora?"	"Eu vou suportar se ela for embora."
"E se eu não conseguir emprego?"	"Eu vou conseguir um emprego."
"Ela vai ficar irritada comigo?"	"Ela vai ficar irritada comigo."
"Como vou resolver isto?"	"Eu vou resolver isto."
"E se eu não for feliz para sempre?"	"Eu vou ser feliz para sempre."
"Isto não deveria acontecer comigo?"	"Isto não deveria acontecer comigo."

Reconhecendo Situações Que Podem Evocar Pensamentos Automáticos

Até agora, a maioria dos exemplos de pensamentos automáticos apresentados neste capítulo estava associada a acontecimentos externos (p. ex., falar com uma amiga) ou a um fluxo de pensamentos (p. ex., pensar sobre a aproximação de uma prova), mas uma ampla gama de estímulos externos e experiências internas pode fazer surgir pensamentos automáticos. Conforme ilustrado na Figura 9.1, os pacientes também podem ter pensamentos automáticos em outras categorias. Eles podem ter pensamentos sobre suas cognições (pensamentos, imagens, crenças, devaneios, sonhos, lembranças ou *flashbacks*), suas emoções, seu comportamento ou sobre suas experiências fisiológicas ou mentais. Qualquer um desses estímulos pode gerar um pensamento automático inicial (ou uma série de pensamentos automáticos), seguido de uma reação emocional, comportamental e/ou fisiológica inicial. O paciente poderá ter, então, pensamentos adicionais sobre alguma parte do modelo cognitivo, levando a uma reação emocional, comportamental e/ou fisiológica adicional (Figura 9.2).

Situação/Estímulo — **Pensamentos automáticos**

Evento externo (ou série de eventos) — [illegible]

Fluxo de pensamentos — [illegible] **perder este negócio.”**

Cognição: pensamento, imagem, crença, devaneio, sonho, recordação, *flashback*

Tem um *flashback* de um evento traumático — **“Eu nunca vou superar isto. Sempre serei afligida por estes *flashbacks* terríveis.”**

Emoção — **Raiva** — **“Eu não deveria ficar com raiva dele. Eu sou uma pessoa ruim.”**

Comportamento — **Compulsão alimentar** — **“Eu não consigo manter o controle sobre a comida.”**

Experiência fisiológica ou mental — [illegible] — **“Há alguma coisa seriamente errada comigo?”**

Sensação de irrealidade — **“Eu devo estar louca.”**

FIGURA 9.1. Situações que Evocam Pensamentos Automáticos.

FIGURA 9.2. Pensamentos e Reações Iniciais e Secundários.

ENSINANDO O PACIENTE A IDENTIFICAR PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Conforme descrito no Capítulo 5, você pode começar a ensinar ao paciente a habilidade de identificação dos pensamentos automáticos mesmo durante a primeira sessão. Aqui, eu demonstrei o modelo cognitivo, usando os próprios exemplos de Sally.

TERAPEUTA: Sally, quando observar seu humor se alterando ou ficando pior na próxima semana, você poderia parar e perguntar a si mesma: "O que está passando pela minha cabeça neste momento?".

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Talvez você possa anotar alguns desses pensamentos em um pedaço de papel?

PACIENTE: Certo.

Em sessões posteriores, você também pode explicitamente ensinar outras técnicas ao paciente se a pergunta básica ("O que está passando pela minha cabeça neste momento?") não for efetiva.

TERAPEUTA: Às vezes, poderá acontecer de você não conseguir se dar conta do que estava pensando. Então, naquela hora, ou mais tarde, você poderá experimentar o que acabamos de fazer aqui na sessão. Repasse a cena na sua imaginação da forma mais vívida que puder, como se ela estivesse acontecendo de novo, e concentre-se em como está se sentindo. Então, faça a pergunta: "O que está passando pela minha cabeça?". Você acha que conseguiria fazer isso? Ou devemos praticar de novo?

PACIENTE: Eu vou experimentar.

Mais uma vez, se fazer as perguntas básicas e tentar a técnica do imaginário não for suficiente, você poderá explicitamente ensinar o paciente a levantar hipóteses sobre seus pensamentos. Esse método é menos aconselhável porque é mais provável que o paciente vá relatar uma interpretação posterior em vez dos seus reais pensamentos no momento.

TERAPEUTA: Se você ainda tiver problemas para identificar o que está passando pela sua cabeça, aqui estão algumas outras perguntas

[veja a Figura 9.3] que você pode se fazer.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Primeira pergunta: Se eu tivesse que imaginar, sobre o que eu acharia que estava pensando? Ou, eu poderia estar pensando sobre _____ ou _____? Ou eu estava imaginando alguma coisa ou me lembrando de alguma coisa? Ou, por fim, o que essa situação significa para mim? Ou você poderia identificar qual seria o pensamento oposto para acionar a sua memória.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Que tal experimentar essas perguntas nesta semana se você tiver problemas para identificar seus pensamentos automáticos, e se usar o imaginário para reviver a situação não ajudar?

PACIENTE: Tudo bem.

TÉCNICAS PARA EVOCAR PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Pergunta básica:

O que estava passando pela minha cabeça naquele momento?

Para identificar pensamentos automáticos:

1. Faça esta pergunta quando você notar uma alteração no (ou intensificação do) afeto do paciente durante uma sessão.
2. Faça o paciente descrever uma situação problemática ou um momento durante o qual ele vivenciou uma alteração no afeto e faça a pergunta acima.
3. Se necessário, faça o paciente usar imagens mentais para descrever em detalhes a situação ou o momento específico (como se estivesse acontecendo agora) e depois faça a pergunta acima.
4. Se necessário ou indicado, faça o paciente dramatizar uma interação específica com você e depois faça a pergunta acima.

Outras perguntas para evocar pensamentos automáticos:

1. Em que você acha que estava pensando?
2. Você acha que poderia ter pensado sobre _____ ou _____? (O terapeuta apresenta duas possibilidades plausíveis.)
3. Você estava imaginando alguma coisa que poderia acontecer ou lembrando de alguma coisa que aconteceu?
4. O que essa situação significou para você? (Ou sobre você.)
5. Você estava pensando _____? (O terapeuta apresenta um pensamento oposto à resposta esperada.)

FIGURA 9.3. Resumo de Técnicas para Identificar Pensamentos Automáticos. Extraída de J. S. Beck (2011). Copyright 2011, Judith S. Beck. Reimpressa com permissão.

Para resumir, pessoas com transtornos psicológicos cometem erros previsíveis em seu pensamento. Você ensina o paciente a identificar seu pensamento disfuncional e depois a avaliá-lo e modificá-lo. O processo começa pelo reconhecimento de pensamentos automáticos específicos em situações específicas. A identificação dos pensamentos automáticos é uma habilidade que surge fácil e naturalmente para alguns pacientes e é mais difícil para outros. Você precisa ouvir atentamente para assegurar que o paciente relate pensamentos verdadeiros, e você poderá ter que variar seu questionamento se o paciente não identificar prontamente seus pensamentos. O próximo capítulo esclarece, entre outros aspectos, a diferença entre pensamentos automáticos e emoções.

Capítulo 10

IDENTIFICANDO EMOÇÕES

As emoções são de importância fundamental na terapia cognitivo-comportamental. Além disso, os principais objetivos do tratamento são o alívio dos sintomas (especialmente redução do nível de sofrimento do paciente) e a remissão do transtorno.

Emoções negativas intensas são dolorosas e podem ser disfuncionais se interferirem na capacidade do paciente para pensar, resolver problemas, atuar com eficiência ou obter satisfação. Pacientes com um transtorno psiquiátrico frequentemente vivenciam uma intensidade de emoções que pode parecer excessiva ou inadequada à situação. Sally, por exemplo, sentiu uma culpa enorme e depois tristeza quando teve que cancelar um simples evento social com sua colega de quarto. Ela também ficou extremamente ansiosa diante da ideia de ir procurar um professor para pedir ajuda. No entanto, a intensidade e a qualidade das emoções da paciente fazem sentido quando você reconhece a força dos pensamentos automáticos e das crenças (em geral muito dolorosos) que foram ativados.

É importante tomar conhecimento e ter empatia com a forma como o paciente se sente e evitar duvidar ou se contrapor às emoções dele. Avalie os pensamentos e as crenças que estão subjacentes ao sofrimento do paciente para reduzir sua disforia; não avalie suas emoções.

No entanto, você não vai discutir *todas* as situações em que o paciente se sente disfórico – você vai usar a sua conceituação do paciente para decidir quais problemas são mais importantes. Em geral, os problemas mais importantes são aqueles associados a altos níveis de sofrimento. Os problemas com os quais o paciente parece estar tendo

um nível "normal" de sofrimento costumam ser menos importantes. O objetivo da terapia cognitivo-comportamental não é se livrar de todo o sofrimento; emoções negativas fazem parte da riqueza da vida, tanto quanto as emoções positivas, e servem a uma função importante, da mesma forma que a dor física geralmente nos alerta para problemas potenciais que poderão precisar ser abordados.

Além disso, você vai procurar aumentar as emoções *positivas* do paciente por meio da discussão (em geral relativamente breve) dos seus interesses, eventos positivos que ocorreram durante a semana e lembranças positivas. Frequentemente, você vai sugerir prescrições de exercícios de casa que objetivem o aumento no número de atividades que o paciente provavelmente conseguirá dominar e nas quais obterá prazer (veja o Capítulo 6).

Este capítulo explica como:

- Diferenciar pensamentos automáticos de emoções.
- Distinguir as emoções.
- Nomear as emoções.
- Classificar a intensidade das emoções.

DISTINGUINDO PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS DE EMOÇÕES

Muitos pacientes não entendem claramente a diferença entre seus pensamentos e suas emoções. Você vai se empenhar em buscar um sentido na experiência do paciente e compartilhar com ele a sua compreensão disso. Você vai ajudá-lo de forma continuada e sutil a olhar para suas experiências sob a perspectiva do modelo cognitivo.

Você vai organizar o material que o paciente apresenta dentro das categorias do modelo cognitivo: situação, pensamento automático e reação (i. e., emoção, comportamento e resposta fisiológica). Esteja alerta a ocasiões em que o paciente possa confundir seus pensamentos com as emoções. Nesses momentos, com base no andamento da sessão, nos objetivos dele e na força da colaboração, você decidirá:

- Ignorar a confusão.
- Abordar no momento (sutil ou explicitamente) ou
- Abordar mais tarde.

Na maior parte do tempo, denominar erroneamente um pensamento como se fosse um sentimento é relativamente pouco importante dentro de um determinado contexto, e você poderá fazer uma correção sutil.

TERAPEUTA: Quando nós definimos a pauta, você mencionou que queria conversar a respeito do telefonema para o seu irmão?

PACIENTE: É. Eu liguei para ele umas duas noites atrás e ele me pareceu meio distante.

TERAPEUTA: E como você estava se sentindo emocionalmente?

PACIENTE: Eu senti como se ele realmente não quisesse falar comigo, como se nem se importasse por eu ligar ou não.

TERAPEUTA: Então, quando você teve os pensamentos “Ele realmente não quer conversar. Ele nem se importa que eu liguei” como você se sentiu emocionalmente? Triste? Irritada? Alguma outra coisa?

Em outra sessão, considerei a confusão importante porque eu queria ensinar a Sally como avaliar seus pensamentos usando o

Registro de Pensamentos (página 216). Deliberadamente, decidi discriminar os dois, julgando ser importante fazer isso naquele momento e que o andamento da sessão não seria interrompido indevidamente e dados importantes não seriam esquecidos.

TERAPEUTA: Houve alguma vez durante esta semana em que você pensou em sair para dar uma caminhada?

PACIENTE: Sim, algumas vezes.

TERAPEUTA: Consegue se lembrar de uma vez especificamente?

PACIENTE: Ontem à noite, após o jantar, eu estava limpando... Eu não sei.

TERAPEUTA: Como você estava se sentindo emocionalmente?

PACIENTE: [expressando pensamentos] Ah, eu estava achando que não adiantaria nada, que isso provavelmente não iria me ajudar.

TERAPEUTA: Esses são pensamentos importantes. Voltaremos a avaliá-los em seguida, mas primeiro eu gostaria de examinar a diferença entre pensamentos e sentimentos. Ok?

PACIENTE: Claro.

TERAPEUTA: Sentimentos são o que você sente *emocionalmente* – geralmente eles são uma palavra, como tristeza, raiva, ansiedade, etc. (*pausa*) Pensamentos são *ideias* que você tem; você os pensa em palavras ou em quadros ou imagens. (*pausa*) Entende o que eu digo?

PACIENTE: Acho que sim.

TERAPEUTA: Então vamos voltar no tempo para ontem à noite, quando você pensou em sair para dar uma caminhada. Que emoção você estava sentindo?

PACIENTE: Triste, eu acho.

TERAPEUTA: E os seus pensamentos eram: “Isto não adianta nada. Eu nunca vou melhorar”?

PACIENTE: Sim.

Nesses exemplos, Sally inicialmente nomeou pensamentos como se fossem sentimentos. Às vezes, o paciente faz o inverso, isto é, nomeia uma emoção como pensamento.

TERAPEUTA: Quando você entrou no seu quarto vazio, Sally, o que passou pela sua cabeça?

PACIENTE: Eu estava triste, solitária, realmente deprimida.

TERAPEUTA: Então você se sentiu triste, solitária e deprimida. Que pensamento ou imagem fez você se sentir assim?

Você conceitua continuamente os problemas do paciente, procurando entender a experiência dele, seu ponto de vista e como suas crenças subjacentes dão origem a pensamentos automáticos específicos em uma situação específica, influenciando suas emoções e seu comportamento. A conexão entre pensamentos, emoção e comportamento do paciente deve fazer sentido. Você vai investigar mais profundamente quando o paciente relatar uma emoção *que parece não se encaixar* no conteúdo dos pensamentos automáticos, como na transcrição a seguir.

TERAPEUTA: Como você se sentiu quando sua mãe não ligou de volta em seguida?

PACIENTE: Eu estava triste.

TERAPEUTA: O que estava passando pela sua cabeça?

PACIENTE: Eu estava pensando: "E se aconteceu alguma coisa com ela? Talvez tenha algo errado".

TERAPEUTA: E você se sentiu triste?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Eu estou um pouco confusa porque para mim eles se parecem mais com pensamentos *ansiosos*. Havia mais alguma coisa passando pela sua cabeça?

PACIENTE: Não tenho certeza.

TERAPEUTA: Que tal se fizermos você imaginar a cena? [ajudando a paciente a lembrar-se vividamente da cena em forma de imagens] Você disse que estava sentada ao lado do telefone, esperando que ela ligasse?

PACIENTE: E então eu pensei: "E se aconteceu alguma coisa? Talvez tenha algo errado".

TERAPEUTA: O que acontece a seguir?

PACIENTE: Eu estou olhando para o telefone e fico chorosa.

TERAPEUTA: O que está passando pela sua cabeça?

PACIENTE: Se alguma coisa acontecesse à minha mãe, não restaria mais ninguém que se importe comigo.

TERAPEUTA: "Não restaria mais ninguém que se importe comigo." Como esse pensamento fez você se sentir?

PACIENTE: Triste. Realmente triste.

Essa interação começou com uma discrepância. Eu estava alerta e,

por isso, pude identificar uma inconsistência entre o *conteúdo* do pensamento automático e a *emoção* a ele associada. Eu pude, então, ajudar Sally a recuperar um pensamento automático importante, usando uma evocação por meio de imagens. Se eu tivesse optado por focar nos pensamentos ansiosos, teria deixado passar a preocupação central de Sally. Embora pudesse ter sido útil focar em um pensamento menos nuclear, encontrar e trabalhar os pensamentos automáticos-*chave* geralmente acelera a terapia.

DIFICULDADE PARA NOMEAR AS EMOÇÕES

A maioria dos pacientes nomeia fácil e corretamente as suas emoções. Alguns, porém, apresentam um vocabulário relativamente empobrecido para as emoções; outros compreendem intelectualmente as denominações emocionais, mas têm dificuldade em nomear suas próprias emoções específicas. Em qualquer um dos casos, é útil que se faça o paciente vincular suas reações emocionais em situações específicas aos seus nomes. Criar um "Quadro de Emoções" como o da Figura 10.1 ajuda o paciente a aprender a nomear suas emoções de modo mais efetivo. Ele poderá listar situações atuais ou anteriores em que sentiu uma determinada emoção e consultar o quadro sempre que estiver tendo dificuldade de expressar como se sentiu.

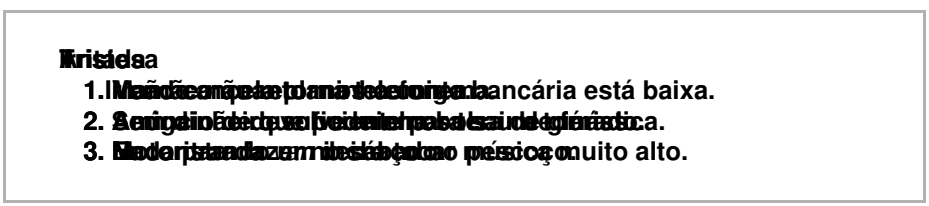


FIGURA 10.1. Exemplo de Quadro de Emoções.

TERAPEUTA: Eu gostaria de usar alguns minutos para conversarmos sobre emoções diferentes, para que possamos entender melhor como você se sente nas diferentes situações. Ok?

PACIENTE: Claro.

TERAPEUTA: Você consegue se lembrar de algum momento em que se sentiu irritada?

PACIENTE: Hum, sim... Quando o meu irmão cancelou nossos planos de ir assistir a um filme; esqueci qual era o filme, mas eu realmente queria ir. De qualquer maneira, ele me disse que em vez disso ia sair com seus amigos...

TERAPEUTA: E o que estava passando pela sua cabeça?

PACIENTE: Quem ele pensa que é? Eu não faria isso com ele. Ele devia me tratar melhor.

TERAPEUTA: E você se sentiu...

PACIENTE: Furiosa.

Aqui, eu fiz a paciente se lembrar de um acontecimento *específico*

em que sentiu uma determinada emoção. A partir da sua descrição, pareceu que ela havia identificado corretamente a sua emoção. Como eu queria me certificar, pedi-lhe que identificasse seus pensamentos automáticos. O conteúdo dos pensamentos automáticos se adequou à emoção mencionada.

A seguir, pedi que a paciente se lembrasse de outras ocasiões em que se sentiu irritada, triste e ansiosa. Mais uma vez, perguntei sobre pensamentos automáticos específicos nessas situações para me assegurar de que ela estava nomeando suas emoções adequadamente. Criamos, então, um Quadro de Emoções (Figura 10.1). Pedi que a paciente o consultasse na sessão e em casa sempre que estivesse tendo dificuldades para nomear o que estava sentindo.

Com a maioria dos pacientes, não é necessário usar essa técnica para diferenciar emoções. Outros podem se beneficiar de uma rápida discussão similar à descrita anteriormente. Alguns se beneficiam de uma lista de emoções negativas (veja a Figura 10.2) e de uma breve discussão.

Triste, deprimido, solitário, infeliz
Ansioso, preocupado, temeroso, assustado, tenso
Bravo, furioso, irritado, incomodado
Envergonhado, constrangido, humilhado
Decepcionado
Enciumado, com inveja
Culpado
Magoado
Desconfiado

FIGURA 10.2. Emoções Negativas.

CLASSIFICANDO OS GRAUS DE EMOÇÃO

Por vezes, é importante que o paciente não só *identifique* suas emoções, mas também quantifique o *grau* da emoção que está experimentando. Alguns têm crenças disfuncionais quanto à experiência da emoção (Greenberg, 2002; Holland, 2003; Leahy, 2003) – por exemplo, achando que se sentirem apenas um pouco de angústia, ela irá aumentar e se tornar intolerável. Aprender a classificar a intensidade das emoções ajuda o paciente a testar essa crença.

Além disso, você vai avaliar se o questionamento e a resposta adaptativa a um pensamento ou crença foram efetivos, para que possa julgar se uma cognição requer mais investigação. Muitas vezes, não conseguir fazer isso o levará a concluir inadequadamente que uma intervenção teve sucesso, e você poderá se direcionar prematuramente para o pensamento ou problema seguinte. Ou pode acontecer o oposto – você continua a discutir um pensamento automático ou uma crença, não percebendo que o paciente já não está mais angustiado por aquilo.

Por fim, medir a intensidade de uma emoção em uma determinada situação ajuda você e o paciente a determinar se tal situação justifica um exame mais detalhado. Uma situação que é menos carregada emocionalmente pode ser menos valiosa para ser discutida do que uma que é mais angustiante para o paciente, na qual crenças importantes podem ter sido ativadas.

A maioria dos pacientes aprende a julgar a intensidade de uma emoção com facilidade.

TERAPEUTA: Como você se sentiu quando sua amiga disse: “Desculpe, eu não tenho tempo agora”?

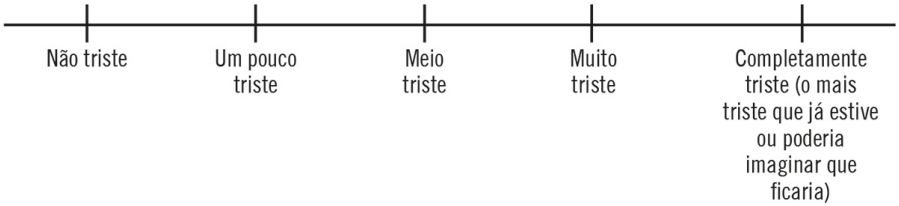
PACIENTE: Muito triste, eu acho.

TERAPEUTA: Se 100% for o mais triste que você já se sentiu ou poderia imaginar se sentir e 0% for completamente *não* triste, o quanto você se sentiu triste quando ela disse: “Desculpe, eu não tenho tempo agora”?

PACIENTE: Uns 75%.

Alguns pacientes têm dificuldade ou não gostam de determinar um número específico para a intensidade. Você pode simplesmente pedir que eles classifiquem se experimentaram a emoção “um pouco”, “uma quantidade média”, “muito” ou “completamente.” Se mesmo isso for

difícil, desenhar uma escala poderá ajudar:



TERAPEUTA: Como você se sentiu quando sua amiga disse: “Desculpe, eu não tenho tempo agora”?

PACIENTE: Triste.

TERAPEUTA: O quanto você se sentiu triste, de 0 a 100%?

PACIENTE: Não tenho certeza. Não sou boa com números.

TERAPEUTA: Você acha que se sentiu um pouco triste? Uma quantidade mediana de tristeza? Muito triste? Ou completamente triste?

PACIENTE: Quais eram as opções mesmo?

TERAPEUTA: Aqui, deixe-me desenhar uma escala. Sua tristeza – você diria (*apontando para a escala*) que estava só um pouco, meio triste, muito triste ou completamente triste?

PACIENTE: Oh, muito triste.

TERAPEUTA: Ok, já temos a nossa escala. Vamos ver o quanto ela é útil. Você esteve triste alguma outra vez durante esta semana?

PACIENTE: Sim, ontem à noite quando eu fiquei trancada do lado de fora do quarto.

TERAPEUTA: Use a sua escala como guia. O quanto você se sentiu triste?

PACIENTE: Bem, entre médio e muito triste.

TERAPEUTA: Bom. Agora, você acha que poderia usar esta escala como um guia sempre que estiver tentando identificar o quanto está triste?

PACIENTE: Sim, eu posso fazer isso.

USANDO A INTENSIDADE EMOCIONAL PARA GUIAR A TERAPIA

O paciente pode não se dar conta de quais situações ele deve trazer para discussão. Você poderá lhe pedir que classifique o grau de sofrimento que ele ainda está vivenciando para decidir se a discussão de uma determinada situação provavelmente irá ajudar. Na transcrição seguinte, eu percebo rapidamente que é provável que Sally e eu não conseguiremos muita coisa se focarmos em uma situação inicial que ela descreveu:

TERAPEUTA: Então um dos problemas sobre o qual você quer conversar tem a ver com sua colega de quarto?

PACIENTE: É.

TERAPEUTA: Aconteceu alguma coisa nesta semana?

PACIENTE: Bem, eu me senti mal quando ela saiu com o namorado dela em vez de sair comigo.

TERAPEUTA: O quanto você se sentiu mal, de 0 a 100%?

PACIENTE: Eu não sei. Talvez uns 25%.

TERAPEUTA: E agora?

PACIENTE: (*Pensa*) Menos.

TERAPEUTA: Parece que essa não foi uma situação terrivelmente perturbadora. Houve algum outro momento nesta semana em que você ficou muito incomodada com ela?

Em resumo, seu objetivo é obter um quadro claro das situações que estão causando sofrimento ao paciente. Você o ajuda a diferenciar claramente seus pensamentos das suas emoções. Você desenvolve empatia com as emoções dele durante todo esse processo e ajuda-o a avaliar o pensamento disfuncional que influenciou o seu humor.

Capítulo 11

AVALIANDO OS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Os pacientes têm centenas ou milhares de pensamentos por dia, alguns disfuncionais, outros não. Você terá tempo para avaliar, no máximo, apenas alguns deles em uma determinada sessão. Este capítulo descreve como:

- Selecionar os pensamentos automáticos fundamentais.
- Usar o questionamento socrático para avaliar os pensamentos automáticos.
- Aferir os resultados do processo de avaliação.
- Conceituar quando a avaliação for ineficaz.
- Usar métodos alternativos de questionamento e resposta aos pensamentos automáticos.
- Responder quando os pensamentos automáticos forem verdadeiros.
- Ensinar o paciente a avaliar seus pensamentos automáticos.

SELECIONANDO OS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS FUNDAMENTAIS

Você identificou um pensamento automático. O paciente pode ter feito uma afirmação espontânea durante uma sessão (p. ex., "Eu acho que nada pode me ajudar"), relatando um pensamento automático geralmente da semana anterior, ou um pensamento automático que ele prevê que vai surgir no futuro. A seguir, você precisa conceituar se esse é um pensamento importante no qual focar; isto é, ele, neste momento, está sendo angustiante, disfuncional ou poderá ser recorrente? Se for um pensamento automático do passado, você poderá perguntar:

> "Em que situação você teve esse pensamento? O quanto você acreditou nele naquele momento? O quanto acredita nele agora?"
> "Como ele fez você se sentir emocionalmente? Qual foi a intensidade da emoção naquele momento? O quanto ela é intensa agora?"
> "O que você fez?"

Você também vai se questionar quanto à probabilidade de o paciente ter esse tipo de pensamento novamente e ficar angustiado com ele. Você deverá variar um pouco essas perguntas caso o paciente expresse espontaneamente o pensamento e/ou se o pensamento estiver relacionado a uma situação futura. Você também deverá descobrir se outros pensamentos são mais nucleares ou angustiantes:

> "O que mais passou pela sua cabeça [nessa situação]? Você teve algum outro pensamento ou imagem?"
> "Qual dos pensamentos/imagens foi mais perturbador?"

Na transcrição a seguir, eu determino se o pensamento automático de Sally era importante:

TERAPEUTA: [resumindo] Então você estava em aula na quinta-feira e não sabia as respostas às perguntas que o professor fez para a turma, e você se sentiu muito triste devido ao pensamento: "Eu nunca vou me sair bem nisso". O quanto você acreditou naquele

pensamento e o quanto se sentiu triste?

PACIENTE: Eu acreditei muito e me senti muito triste.

TERAPEUTA: O quanto você acredita nele e o quanto se sente triste agora?

PACIENTE: Eu ainda acho que não vou conseguir.

TERAPEUTA: E o pensamento ainda é angustiante?

PACIENTE: Muito.

Este se revelou ser um pensamento automático importante para avaliarmos. Em outra situação, no entanto, julguei que um pensamento automático diferente provavelmente não valeria a pena ser discutido. Sally estava descrevendo um problema que teve na biblioteca, e eu lhe fiz algumas perguntas para avaliar se essa era uma situação importante a ser discutida.

TERAPEUTA: [resumindo] Então você estava na biblioteca e não conseguia achar o livro de que precisava, e então pensou "Eles são tão incompetentes. O sistema é tão ruim" e se sentiu frustrada. O quanto você se sentiu frustrada?

PACIENTE: Oh, quase 90%.

TERAPEUTA: Você ainda está tão frustrada assim?

PACIENTE: Não, eu já superei isso.

TERAPEUTA: O que você fez quando ficou frustrada?

PACIENTE: Eu voltei para o dormitório e trabalhei nos meus problemas de química. Acabei pegando emprestado o livro da Lisa. Mas eu tenho que lhe devolver até segunda-feira.

TERAPEUTA: Então você resolveu o problema. Você acha que a biblioteca poderia ser um problema no futuro? Você poderia ficar frustrada e sair dali, mas não fazer nada de produtivo? Ou não conseguir o livro de que precisa de outra maneira?

PACIENTE: Acho que eu estou bem. Eu sei o que dá para esperar. Se não tivesse pegado emprestado o livro da Lisa, eu teria voltado à biblioteca mais tarde e pediria ajuda.

TERAPEUTA: Isso é bom... Parece que você tem um plano para o caso de mais alguma coisa acontecer. Podemos passar para outra coisa?

Aqui, eu julgo que o pensamento automático, embora perturbador naquele momento, não justificava maior discussão porque (1) Sally não estava mais angustiada por causa dele, (2) tinha agido de maneira funcional, (3) a situação estava resolvida e (4) a paciente tinha uma boa solução caso o mesmo problema voltasse a acontecer.

Por que os pacientes trazem problemas e pensamentos automáticos que não são importantes? Na maior parte do tempo, é porque eles simplesmente não estão suficientemente familiarizados com o tratamento. No entanto, eles poderão aprender a habilidade de descobrir o que é mais importante falar.

Mesmo que um paciente relate um pensamento automático importante, você poderá decidir não focar nele, especialmente se:

- Você julgar que fazer isso prejudicaria a relação terapêutica (p. ex., você percebe que o paciente está se sentindo invalidado).
- O nível de angústia do paciente for excessivamente alto para avaliar seu pensamento.
- Não houver tempo suficiente na sessão para ajudar o paciente a responder efetivamente ao pensamento.
- Você avaliar que é mais importante trabalhar em outro elemento do modelo cognitivo (p. ex., você poderá focar na solução de uma situação problemática, ensinar ao paciente técnicas de regulação emocional, discutir respostas comportamentais mais adaptativas ou abordar a resposta fisiológica do paciente).
- Você avaliar que é melhor evocar e trabalhar sobre uma crença disfuncional subjacente ao pensamento automático.
- Você avaliar que é mais importante discutir um problema diferente.

QUESTIONANDO PARA AVALIAR UM PENSAMENTO AUTOMÁTICO

Depois de ter evocado um pensamento automático, determinado que ele é importante e angustiante e ter identificado as reações que o acompanham (emocionais, fisiológicas e comportamentais), você poderá decidir colaborativamente com o paciente se irão avaliá-lo. Entretanto, *raras vezes você irá contestar diretamente o pensamento automático,* por três motivos:

1. Você geralmente não sabe de antemão até que ponto um determinado pensamento automático está distorcido (p. ex., o pensamento de Sally de que ninguém queria jantar com ela poderia ser válido).
2. Uma contestação direta poderá levar o paciente a não se sentir legitimado (p. ex., Sally poderia pensar: "[A minha terapeuta] está dizendo que eu estou errada").
3. Contestar uma cognição viola um princípio fundamental da terapia cognitivo-comportamental, a do empirismo colaborativo: Você e o paciente examinam juntos o pensamento automático, testam sua validade e/ou utilidade e desenvolvem uma resposta mais adaptativa.

Também é importante ter em mente que são raras as vezes em que os pensamentos automáticos são completamente errôneos. Em geral, eles contêm pelo menos um fundo de verdade (o que é importante que você reconheça).

A Figura 11.1 contém uma lista de perguntas socráticas para ajudar o paciente a avaliar seu pensamento. (Na verdade, "socrático" é uma denominação equivocada, algumas vezes; o método do questionamento socrático, derivado do filosofo Sócrates, envolve uma discussão dialética.) O paciente necessita de um método estruturado para avaliar seu pensamento; de outra forma, suas respostas aos pensamentos automáticos poderão ser superficiais e incertas, além de não operarem melhora no seu humor ou funcionamento. A avaliação deve ser imparcial. Você não quer que o paciente, por exemplo, ignore evidências que apoiam um pensamento automático, invente uma explicação alternativa que não seja provável ou adote uma visão positiva irrealista do que poderia acontecer.

É importante informar o paciente de que nem todas as perguntas

da Figura 11.1 são adequadas a todos os pensamentos automáticos. Além do mais, o uso de todas as perguntas, mesmo que elas se apliquem logicamente, poderá se tornar muito enfadonho, além de consumir muito tempo. O paciente poderá não avaliar seus pensamentos se considerar o processo muito exaustivo. Geralmente, você vai apresentar apenas uma ou algumas perguntas de uma vez.

Você pode usar o questionamento desde a primeira sessão para avaliar um pensamento automático específico. Em uma sessão posterior, você começará a explicar mais explicitamente o processo para que o paciente possa aprender a avaliar seu pensamento entre as sessões:

TERAPEUTA: (*Resume a parte anterior da sessão; escreve no papel os pensamentos automáticos para que as duas vejam*) Então quando você encontrou sua amiga Karen a caminho da aula, teve o pensamento "Ela realmente não se importa comigo", e esse pensamento fez você se sentir triste?

PACIENTE: É.

TERAPEUTA: E o quanto você acreditou no pensamento naquela hora?

PACIENTE: Ah, muito mesmo. Em torno de 90%.

TERAPEUTA: E o quanto se sentiu triste?

PACIENTE: Talvez 80%.

TERAPEUTA: Você se lembra do que dissemos na semana passada? Às vezes, os pensamentos automáticos são verdadeiros; às vezes, descobre-se que não são verdadeiros; e, às vezes, eles têm um fundo de verdade. Podemos examinar agora esse pensamento sobre Karen e ver o quanto ele parece adequado?
PACIENTE. Ok.

Você pode usar algum conjunto de perguntas para ajudar o paciente a avaliar seu pensamento, mas a Figura 11.1 pode ser útil, já que orienta você e o paciente a:

- Examinar a validade do pensamento automático.
- Explorar a possibilidade de outras interpretações ou pontos de vista.
- Descatastrofizar a situação problemática.
- Reconhecer o impacto de acreditar no pensamento automático.
- Obter distanciamento do pensamento.
- Dar os passos necessários para resolver o problema.

1. Quais são as evidências que apoiam esta ideia?
Quais são as evidências contrárias a esta ideia?

2. Existe uma explicação ou ponto de vista alternativo?

3. Qual é a *pior* coisa que poderia acontecer (se é que eu já não estou pensando o pior)?
E, se isso acontecesse, como eu poderia enfrentar?
Qual é a melhor coisa que poderia acontecer?
Qual é o resultado mais realista?

4. Qual é o efeito de eu acreditar no pensamento automático?
Qual poderia ser o efeito de mudar o meu pensamento?

5. O que eu diria a _____ [um amigo específico ou familiar] se ele estivesse na mesma situação?

6. O que eu devo fazer?

FIGURA 11.1. Questionando Pensamentos Automáticos.

Cada uma das perguntas é discutida a seguir.

Perguntas sobre as "Evidências"

Como os pensamentos automáticos geralmente contêm um fundo de verdade, o paciente costuma encontrar alguma evidência que apoie a sua veracidade (a qual você irá procurar em primeiro lugar), mas ele frequentemente não consegue reconhecer as evidências em contrário (as quais você irá procurar em segundo lugar):

TERAPEUTA: Quais são as evidências de que Karen não se importa com você?

PACIENTE: Bem, quando nos cruzamos na rua, ela parecia estar realmente com pressa. Ela apenas disse rapidamente "Oi, Sally, te vejo mais tarde" e continuou andando apressada. Ela quase nem olhou para mim.

TERAPEUTA: Mais alguma coisa?

PACIENTE: Bem, às vezes ela está muito ocupada e não tem muito tempo para mim.

TERAPEUTA: Mais alguma coisa?

PACIENTE: (*Pensa*) Não, acho que não.

TERAPEUTA: Ok, agora me diga se existe alguma evidência de que talvez ela *realmente* se importe com você.

PACIENTE: (*respondendo em termos gerais*) Bem, ela é muito gentil. Nós somos amigas desde que entramos na faculdade.

TERAPEUTA: [ajudando Sally a pensar mais especificamente] Que tipo de coisas ela faz ou diz que poderiam demonstrar que ela gosta de você?

PACIENTE: Hummm... ela geralmente pergunta se eu quero ir comer alguma coisa com ela. Às vezes, nós ficamos acordadas até tarde apenas jogando conversa fora.

TERAPEUTA: Ok. Então, por um lado, nessa ocasião de ontem, ela passou por você com pressa, não dizendo muita coisa, e houve outras vezes, também, em que ela estava muito ocupada. Mas, por outro lado, ela a convida para ir comer com ela, e, às vezes, vocês ficam acordadas até tarde, conversando. Certo?

PACIENTE: É.

Aqui, gentilmente, aprofundei-me para *revelar evidências* quanto à validade do pensamento de Sally. Após evocar evidências de ambos os lados, resumi o que ela disse.

Perguntas sobre "Explicações Alternativas"

A seguir, eu ajudo Sally a *encontrar uma explicação alternativa razoável* para o que aconteceu.

TERAPEUTA: Bom. Agora, vamos examinar a situação de novo. Poderia haver uma explicação alternativa para o que aconteceu e que não seja a explicação de que ela não se importa com você?

PACIENTE: Eu não sei.

TERAPEUTA: Por que outros motivos ela poderia ter passado correndo por você?

PACIENTE: Não tenho certeza. Ela poderia ter uma aula. Ela poderia estar atrasada para alguma coisa.

Perguntas para "Descatastrofização"

Muitos pacientes preveem os piores cenários possíveis. Se um pensamento automático de um paciente não contiver uma catástrofe, geralmente será útil perguntar-lhe sobre os seus piores temores. Em

ambos os casos, você deverá continuar perguntando o que ele poderá fazer se o pior realmente acontecer.

TERAPEUTA: Ok. Agora, qual seria a *pior* coisa que poderia acontecer nesta situação?

PACIENTE: Se ela de verdade não gostar mesmo de mim, eu acho. Se eu não puder mais contar com ela.

TERAPEUTA: Como você poderia lidar com isso?

PACIENTE: Bem, eu não ficaria feliz com isso. Acho que eu teria que deixar de contar com a amizade dela.

TERAPEUTA: [fazendo perguntas guiadas para ajudá-la a desenvolver uma resposta consistente] Você tem outros amigos com quem contar?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Então você ficaria bem?

PACIENTE: Sim, ficaria.

Os piores temores dos pacientes geralmente são irrealistas. O seu objetivo é ajudá-los a pensar em resultados mais realistas, mas muitos pacientes têm dificuldade em fazer isso. Você poderá ajudá-los a ampliar seu pensamento perguntando primeiro sobre o melhor resultado.

TERAPEUTA: Agora que o pior parece ser improvável de acontecer, qual é a melhor coisa que poderia acontecer?

PACIENTE: Seria ela perceber que me isolou e pedir desculpas.

TERAPEUTA: E qual é o *resultado mais realista*?

PACIENTE: Que ela realmente estivesse ocupada e que nós vamos continuar a ser amigas.

Na parte anterior da sessão, eu ajudo Sally a ver que, mesmo que acontecesse o pior, ela conseguiria enfrentar. Ela também percebe que é improvável que os seus piores medos tornem-se realidade.

> **P:** E se... os piores medos do paciente forem de que ele vai morrer?
>
> **R:** Você obviamente não faria a pergunta: “Como você enfrentaria isso?”. Em vez disso, poderia perguntar sobre os resultados melhores e mais realistas. Você também poderá decidir por explorar qual seria a pior parte de morrer: medo da situação de morte, medo do que ele imagina que seja a vida após a

morte ou medo do que aconteceria às pessoas amadas após a sua morte.

Perguntas sobre o "Impacto do Pensamento Automático"

A seguir, eu ajudo Sally a *avaliar as consequências de responder e não responder* ao seu pensamento distorcido.

TERAPEUTA: E qual é o *efeito do pensamento* de que ela não gosta de você?

PACIENTE: Isso me deixa triste. Eu acho que isso faz eu acabar me afastando dela.

TERAPEUTA: E qual poderia ser o *efeito de mudar seu pensamento*?

PACIENTE: Eu me sentiria melhor.

Perguntas para "Distanciamento"

Os pacientes geralmente se beneficiam de ter algum distanciamento dos seus pensamentos, imaginando o que diriam a um amigo próximo ou familiar em uma situação parecida.

TERAPEUTA: Sally, digamos que sua amiga Allison tivesse uma amiga que estivesse muito apressada às vezes, mas que outras vezes se mostrasse atenciosa. Se Allison tivesse o pensamento "Minha amiga não se importa comigo", o que você lhe diria?

PACIENTE: Eu acho que diria para ela não dar tanta importância às vezes em que ela parecesse apressada, especialmente se essa amiga fosse legal.

TERAPEUTA: Isso também se aplica a você?

PACIENTE: Sim, acho que sim.

Perguntas para "Solução de Problemas"

A resposta a essa pergunta pode ser de natureza cognitiva e/ou comportamental. A parte cognitiva incluiria fazer o paciente lembrar-se das suas respostas a essa questão. No caso de Sally, pensamos em um plano comportamental:

TERAPEUTA: E o que você acha que deveria *fazer* a respeito desta situação?

PACIENTE: Ah... Não estou certa do que você quer dizer.

TERAPEUTA: Bem, você se afastou desde que isso aconteceu ontem?

PACIENTE: É, acho que sim. Eu não falei muito quando a vi hoje de manhã.

TERAPEUTA: Então nesta manhã você ainda estava agindo como se aquele pensamento original fosse verdade. Como você poderia agir de um modo diferente?

PACIENTE: Eu poderia falar mais com ela, ser mais amistosa.

Se eu não tivesse certeza das habilidades sociais de Sally ou da sua motivação para levar adiante esse plano de ser mais amistosa com Karen, eu teria ocupado alguns minutos fazendo perguntas como: "Quando você encontrará com ela de novo?", "Você acha que valeria a pena você procurá-la?", "O que você poderia lhe dizer quando a visse?", "Você acha que existe alguma coisa que poderia lhe impedir de dizer isso?". (Se necessário, eu teria modelado o que ela poderia dizer a Karen e/ou faria com Sally uma dramatização.)

AFERINDO OS RESULTADOS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Na última parte dessa discussão, avalio o quanto Sally acredita agora no pensamento automático original e como ela se sente emocionalmente, para que eu possa decidir o que fazer a seguir na sessão.

TERAPEUTA: Muito bem. Quanto você acredita agora neste pensamento: "Karen realmente não se importa comigo"?

PACIENTE: Não muito. Talvez uns 20%.

TERAPEUTA: Ok, e o quanto você se sente triste?

PACIENTE: Não muito, também.

TERAPEUTA: Bom. Parece que este exercício foi útil. Vamos voltar e ver o que nós fizemos para que ele ajudasse.

Você e o paciente não vão usar todas as perguntas da Figura 11.1 para cada pensamento automático a ser avaliado. Às vezes, nenhuma das perguntas parecerá útil, e você terá que experimentar outra abordagem geral (veja adiante).

CONCEITUANDO POR QUE A AVALIAÇÃO DE UM PENSAMENTO AUTOMÁTICO FOI INEFICAZ

Se o paciente continuar a acreditar no pensamento automático em um grau significativo e não se sentir melhor emocionalmente, você terá que conceituar por que essa tentativa inicial de reestruturação cognitiva não foi suficientemente efetiva. As razões mais comuns a serem consideradas incluem:

1. Há outros pensamentos mais nucleares e/ou imagens que não foram identificados ou avaliados.
2. A avaliação do pensamento automático foi incorreta, superficial ou inadequada.
3. O paciente não expressou suficientemente as evidências que ele acha que apoiam o pensamento automático.
4. O pensamento automático em si é também uma crença nuclear.
5. O paciente entende intelectualmente que o pensamento automático está distorcido, mas não acredita nisso em um nível emocional.

Na primeira situação, *o paciente não verbalizou o pensamento automático ou a imagem mais central*. John, por exemplo, relata o pensamento: "Se eu fizer o teste [para o time de basquete da comunidade], provavelmente não vou ter sucesso". A avaliação desse pensamento não afeta significativamente sua disforia porque ele tem outros pensamentos importantes (mas não reconhecidos): "E se eles acharem que eu sou um mau jogador?", "E se eu cometer erros idiotas?". Ele também tem uma imagem do treinador e dos outros jogadores olhando para ele com cara de deboche e desprezo.

Em uma segunda situação, *o paciente responde superficialmente a um pensamento automático*. John pensa: "Eu não vou terminar todo o trabalho. Ainda tenho muita coisa para fazer". Em vez de avaliar o pensamento cuidadosamente, John responde meramente: "Não, eu provavelmente vou concluí-lo". Essa resposta é insuficiente, e a sua ansiedade não diminui.

Em uma terceira situação, *o terapeuta não faz uma investigação completa, e, portanto, o paciente não expressa integralmente as evidências de que o seu pensamento automático é verdadeiro*, resultando em uma resposta adaptativa ineficaz, conforme vemos a seguir:

TERAPEUTA: Ok, John, que evidências você tem de que sua irmã não se importa com você?

PACIENTE: Bem, ela quase nunca me telefona. Eu sempre ligo para ela.

TERAPEUTA: Ok, alguma coisa em contrário? De que ela realmente se importa com você, que ela deseja ter uma boa relação com você?

Se o terapeuta de John o tivesse questionado mais, teria encontrado outras evidências que John tem para apoiar seu pensamento automático: que sua irmã passou mais tempo com as amigas durante as férias do que com ele, que ela parecia impaciente ao telefone quando ele ligava e que ela não tinha lhe enviado um cartão de aniversário. Se tivesse trazido à tona esses dados adicionais, o terapeuta poderia ter ajudado John a pesar as evidências de forma mais eficaz e teria explorado explicações alternativas para o comportamento da sua irmã.

Em uma quarta situação, *o paciente identifica um pensamento automático que também é uma crença nuclear*. John pensa frequentemente: "Eu sou incompetente". Ele acredita tanto na sua crença que uma simples avaliação não altera a sua percepção ou o afeto associado. Seu terapeuta precisará usar muitas técnicas ao longo do tempo para alterar essa crença (veja o Capítulo 14).

Em uma quinta situação, *o paciente dá indicações de que acredita "intelectualmente" em uma resposta adaptativa na sua mente, mas não "emocionalmente" no seu coração*. Ele não leva em conta a resposta adaptativa. Nesse caso, terapeuta e paciente precisam explorar uma crença não articulada que está *por trás* do pensamento automático:

TERAPEUTA: Quanto você acredita que não é culpa sua se você for demitido?

PACIENTE: Bem, eu posso entender isso intelectualmente.

TERAPEUTA: Mas?

PACIENTE: Mesmo sabendo que a economia não anda bem, eu ainda acho que deveria ser capaz de manter o meu emprego.

TERAPEUTA: Ok, vamos presumir por um momento que você realmente seja demitido. O que seria a pior parte disso, ou o que isso significaria?

Aqui, o terapeuta de John descobre que ele realmente não acredita na resposta adaptativa e traz à tona um pressuposto: *Se eu perder meu emprego, significa que eu sou incompetente*.

Para resumir, depois de ter avaliado um pensamento automático, você pede que o paciente faça uma aferição do quanto ele acredita na

resposta adaptativa e como se sente emocionalmente. Se a sua crença for baixa e ele ainda estiver angustiado, você conceitua o porquê do exame do pensamento não ter aliviado a sua angústia e planeja uma estratégia para o que fazer a seguir.

USANDO MÉTODOS ALTERNATIVOS PARA AJUDAR O PACIENTE A EXAMINAR SEUS PENSAMENTOS

Em vez de ou além de usar as perguntas da Figura 11.1, você poderá fazer o seguinte:

- Variar suas perguntas.
- Identificar a distorção cognitiva.
- Usar a autoexposição.

Essas estratégias são descritas a seguir.

Usando Perguntas Alternativas

A transcrição a seguir é apenas uma ilustração de como variar suas perguntas quando você prevê que as perguntas padrão não serão efetivas.

TERAPEUTA: O que passou pela sua cabeça [quando você perguntou à sua mãe se não teria problema de vocês encurtarem o tempo que ficariam juntas, e ela pareceu magoada e irritada]?

PACIENTE: Que eu deveria saber que aquela era uma hora ruim para telefonar. Eu não deveria ter ligado.

TERAPEUTA: Qual é a evidência de que você não deveria ter ligado?

PACIENTE: Bem, a minha mãe geralmente está apressada pela manhã. Se eu tivesse esperado até que ela chegasse em casa do trabalho, ela poderia estar com um humor melhor.

TERAPEUTA: Isso chegou a lhe ocorrer?

PACIENTE: Bem, sim, mas eu queria perguntar logo à minha amiga se eu poderia ir visitá-la, para que ela pudesse se planejar.

TERAPEUTA: Então, na verdade, você teve um motivo para ligar para ela naquela hora, e parece que você sabia que seria arriscado, mas queria muito falar com sua amiga o mais breve possível?

PACIENTE: É.

TERAPEUTA: Você acha que é razoável ser tão dura consigo por ter

assumido o risco?

PACIENTE: Não...

TERAPEUTA: Você não parece muito convencida. O quanto isso é ruim afinal de contas, que a sua mãe tenha-se magoado por você querer passar uma semana das férias de verão com a sua amiga?

Eu complementei essas perguntas com outras: Quanto a sua mãe ficou magoada? Por quanto tempo a mágoa durou naquele nível? Como ela se sente agora, provavelmente? É possível que o tempo todo você consiga poupar sua mãe de se magoar? É possível fazer o que é bom para você e não magoar nem um pouco a sua mãe, considerando que ela quer passar o maior tempo possível com você? É desejável ter um objetivo de *nunca* magoar os sentimentos de alguém? Do que você teria que abrir mão?

A transcrição anterior demonstra como usar perguntas não padronizadas para ajudar a paciente a adotar uma perspectiva mais funcional. Embora eu tenha começado questionando a *validade* do pensamento, mudei a ênfase para a *crença subjacente implícita* (que já havíamos discutido em outros contextos): "É muito ruim magoar os sentimentos das outras pessoas". No fim, fiz à paciente uma pergunta com final aberto ("Como você vê a situação agora?") para ver se ela precisava de mais ajuda para responder aos seus pensamentos. Observe que muitas das perguntas que fiz eram uma variação da Pergunta 2 da Figura 11.1: "Existe uma explicação alternativa [de por que você ligou para sua mãe naquela hora e por que ela ficou magoada, em vez de que você foi má ou estava errada]?".

Identificando Distorções Cognitivas

Os pacientes tendem a cometer erros persistentes no seu pensamento. Frequentemente, existe uma tendência negativa sistemática no processamento cognitivo de pacientes que sofrem de algum transtorno psiquiátrico (Beck, 1976). Os erros mais comuns são apresentados na Figura 11.2 (veja também Burns, 1980). Costuma ser útil nomear as distorções e ensinar o paciente a fazer o mesmo. Você pode anotar mentalmente as distorções comuns do paciente e apontar uma distorção específica quando identificar um padrão:

TERAPEUTA: Sally, essa sua ideia de que se tirar um "A" você é um sucesso e se não tirar é um fracasso é o que chamamos de pensamento tudo ou nada. Isso lhe parece familiar? Eu me lembro de que você também pensou que ou entendia tudo em um capítulo,

ou então era burra. Você acha que seria útil observar esse tipo de pensamento?

Você também poderá apresentar ao paciente uma lista de distorções, como a da Figura 11.2, se julgar que ele não se sentirá incomodado por ela. Em outra sessão, eu dei a lista a Sally, e juntas identificamos seus pensamentos automáticos típicos e as distorções que eles representavam. Por exemplo:

Catastrofizando: "Eu vou levar bomba na faculdade."
Pensamento do tipo tudo ou nada: "Se eu não conseguir ler todo o capítulo, não vale a pena ler parte dele."
Leitura mental: "A minha colega de quarto não se preocupa comigo."
Raciocínio emocional: "Eu me sinto tão incompetente."

Sally manteve essa lista à mão e frequentemente a consultava quando estava avaliando seus pensamentos automáticos. Fazer isso a ajudava a ter distanciamento do seu pensamento e lhe permitia acreditar com mais convicção que um pensamento automático não era verdadeiro, ou pelo menos não completamente verdadeiro.

Usando a Autoexposição

Às vezes, você pode usar a autoexposição criteriosa em vez do, ou além do, questionamento socrático ou de outros métodos, para demonstrar como você conseguiu alterar pensamentos automáticos que teve, conforme exemplificando a seguir:

TERAPEUTA: Sabe, Sally, às vezes tenho pensamentos como os seus: "Eu tenho que fazer todo mundo feliz". Mas então eu lembro a mim mesma de que eu tenho a responsabilidade de cuidar de mim, e que o mundo provavelmente não vai acabar se alguém ficar decepcionado. (*pausa*) Você acha que isso também se aplica a você?

QUANDO OS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS SÃO VERDADEIROS

Às vezes, os pensamentos automáticos se revelam verdadeiros, e você poderá optar por fazer uma ou mais das seguintes coisas:

- Focar na solução do problema.
- Investigar se o paciente chegou a uma conclusão inválida ou disfuncional.
- Trabalhar a aceitação.

Essas estratégias são descritas a seguir.

Embora alguns pensamentos automáticos sejam verdadeiros, muitos são inverdades ou têm apenas um fundo de verdade. Os erros típicos de pensamento incluem:

1. Pensamento do tipo tudo ou nada (também chamado de pensamento em branco e preto, polarizado ou dicotômico): Você enxerga uma situação em apenas duas categorias em vez de em um *continuum***.**

Exemplo: **"Se eu não for um sucesso total, eu sou um fracasso."**

2. Catastrofização (também chamado de adivinhação): Você prevê negativamente o futuro sem levar em consideração outros resultados mais prováveis.

Exemplo: **"Eu vou ficar muito perturbada. Eu não vou conseguir trabalhar."**

3. Desqualificar ou desconsiderar o positivo: Você diz a si mesmo, irracionalmente, que as experiências positivas, realizações ou qualidades não contam.

Exemplo: **"Eu realizei bem aquele projeto, mas isso não significa que eu sou competente; só tive sorte."**

4. Raciocínio emocional: Você acha que algo deve ser verdade porque você "sentiu" intensamente (na verdade, acreditou), ignorando ou desvalorizando as evidências em contrário.

Exemplo: **"No trabalho, eu sei fazer bem muitas coisas, mas eu ainda me sinto um fracasso."**

5. Rotulação: Você coloca em você ou nos outros um rótulo fixo e global sem considerar que as evidências possam levar mais razoavelmente a uma conclusão menos desastrosa.

Exemplo: **"Eu sou um perdedor. Ele não é bom."**

6. Magnificação/Minimização: Quando você se avalia ou avalia outra pessoa ou uma situação, você irracionalmente magnifica o lado negativo e/ou minimiza o positivo.

Exemplo: **"Receber uma avaliação medíocre prova o quanto eu sou inadequado. Tirar notas altas não significa que eu seja inteligente."**

7. Filtro mental (também chamado de abstração seletiva): Você dá uma atenção indevida a um detalhe negativo em vez de ver a situação como um todo.

Exemplo: **"Como eu tirei uma nota baixa na minha avaliação [que também continha várias notas altas], significa que eu estou fazendo um trabalho malfeito."**

8. Leitura mental: Você acredita que sabe o que os outros estão pensando, não levando em consideração outras possibilidades muito mais prováveis.

Exemplo: **"Ele acha que eu não sei nada sobre este projeto."**

9. Supergeneralização: Você tira uma conclusão negativa radical que vai muito além da situação atual.

Exemplo: **"[Como eu me senti desconfortável na reunião], eu não tenho as condições necessárias para fazer amigos."**

10. Personalização: Você acredita que os outros estão agindo de forma negativa por sua causa, sem considerar explicações mais plausíveis para tais comportamentos.

Exemplo: **"O encanador foi rude comigo porque eu fiz alguma coisa errada."**

11. Afirmações com "deveria" e "tenho que" (também chamados de imperativos): Você tem uma ideia fixa precisa de como você e os outros devem se comportar e hipervaloriza o quão ruim será se essas expectativas não forem correspondidas.

Exemplo: **"É terrível eu ter cometido um erro. Eu sempre deveria dar o melhor de mim."**

12. Visão em túnel: Você enxerga apenas os aspectos negativos de uma situação.

Exemplo: **"O professor do meu filho não faz nada direito. Ele é crítico, insensível e ensina mal."**

FIGURA 11.2. Erros de Pensamento. Adaptada com permissão de Aaron T. Beck.

Foco na Solução do Problema

Nem todos os problemas podem ser resolvidos, mas se a percepção que o paciente tem de uma situação parece ser válida, você pode investigar se o problema pode ser resolvido, pelo menos até certo ponto. Na transcrição a seguir, Sally e eu avaliamos seu pensamento

automático “Eu vou ficar sem dinheiro”, e as evidências parecem claras de que essa é uma percepção válida.

TERAPEUTA: Então, mesmo que você tome cuidado, parece que não vai conseguir pagar o aluguel até o fim do ano letivo... Você já tentou fazer alguma coisa a respeito?

PACIENTE: Não, na verdade não. Eu não quero pedir mais aos meus pais. Eles estão sem dinheiro.

TERAPEUTA: Mas você poderia usá-los como um último recurso?

PACIENTE: Talvez...

TERAPEUTA: Você já pensou em alguma outra coisa?

PACIENTE: Não, eu acho que não há mais nada que eu possa fazer.

TERAPEUTA: Você já falou com o coordenador acadêmico?

PACIENTE: Eu não tinha pensado nisso.

TERAPEUTA: É bem possível que ele possa ajudar. Eu imagino que também haja outros alunos com dificuldades financeiras. Ele poderia sugerir um outro empréstimo educativo ou um plano de pagamento, ou talvez exista algum fundo de emergência que você possa utilizar.

PACIENTE: Espero que sim.

TERAPEUTA: Bem, você quer começar pelo coordenador acadêmico? Se isso não funcionar, podemos tentar encontrar outras ideias: arranjar um emprego, mudar-se e dividir as despesas com outra pessoa, pedir emprestado a algum familiar... Deve haver muitas coisas que você pode fazer e nas quais ainda não pensou porque tem estado muito deprimida.

Investigar Conclusões Inválidas

Embora um pensamento automático possa ser verdadeiro, o *significado* poderá ser inválido ou pelo menos não completamente válido (conforme ilustrado a seguir), e você poderá examinar a crença subjacente ou a conclusão.

TERAPEUTA: Então parece que você realmente feriu os sentimentos da sua amiga.

PACIENTE: É, eu me sinto tão mal por isso.

TERAPEUTA: O que significa para você ter ferido os sentimentos dela? Ou do que você tem medo que aconteça?

PACIENTE: Eu nunca deveria ter dito aquilo para ela. Eu sou uma

amiga horrível... Eu sou uma pessoa horrível! Ela nunca mais vai querer falar comigo de novo!

TERAPEUTA: Ok, vamos examinar isso primeiro? Que outras evidências você tem de ser uma pessoa horrível?... Existe alguma evidência de que você possa não ser?

Trabalhar a Aceitação

Alguns problemas não podem ser resolvidos e talvez nunca sejam resolvidos, e o paciente precisa de ajuda para aceitar esse resultado. Ele continuará se sentindo infeliz se tiver expectativas ou esperanças irrealistas de que um problema insolúvel vai, quase magicamente, melhorar de alguma maneira. Entretanto, ele precisa de ajuda para aprender a focar nos seus valores centrais, enfatizar as partes mais gratificantes da sua vida e enriquecer sua experiência de novas maneiras. Várias estratégias concebidas para estimular a aceitação podem ser encontradas em Hayes e colaboradores (2004).

ENSINANDO O PACIENTE A AVALIAR SEUS PENSAMENTOS

Em algum momento, você poderá dar ao paciente uma cópia das perguntas da Figura 11.1. Isso pode ser feito logo após um momento na sessão em que você fez verbalmente essas perguntas, ou pode, então, esperar até um momento posterior em que o seu questionamento não foi efetivo, caso você não tenha tempo suficiente para examinar a Figura 11.1 com o paciente, ou se achar que ele se sentiria sobrecarregado. Muitos pacientes se saem melhor se você apresentar apenas uma ou duas perguntas em um pedaço de papel em separado. Você pode dar a lista completa a outros pacientes e simplesmente marcar as perguntas enquanto as examina com eles.

Aprender a avaliar pensamentos automáticos é uma habilidade. Alguns pacientes aprendem de imediato; outros precisam de muita prática repetida, guiada e de forma gradual. Por exemplo, um paciente pode ser ajudado com uma variação da pergunta sobre as "evidências": "Como eu sei que este pensamento é verdadeiro?". Outro paciente, que frequentemente catastrofiza, poderá se sair melhor com uma variação da pergunta de "descatastrofização": "Se acontecer o pior, como eu vou enfrentar? Quais são os resultados melhores e os mais realistas?". Outro paciente, ainda, poderá achar mais útil responder a pergunta de "distanciamento": "Se [minha cunhada] estivesse nesta situação e tivesse esse pensamento, o que eu diria a ela?".

Quando o paciente parece pronto para aprender essa habilidade, escolha um pensamento automático para o qual a maioria das perguntas da Figura 11.1 provavelmente se aplique. Após o exame de um dos pensamentos automáticos de Sally, eu indico o processo:

TERAPEUTA: Se você for como a maioria das pessoas, poderá achar que o uso dessas perguntas fora da sessão é, por vezes, mais difícil do que parece. De fato, haverá muitas vezes em que nós realmente teremos que trabalhar juntas para ajudá-la a examinar um pensamento. Mas, experimente, e se você tiver problemas, poderemos conversar a respeito na semana que vem, ok?

Prever que o paciente poderá ter alguma dificuldade pode ajudar a aliviar a autocrítica ou o derrotismo se a tarefa não funcionar bem. Se eu suspeitasse que Sally, apesar do meu aviso, iria julgar-se com severidade por não conseguir cumprir perfeitamente a tarefa, eu teria

abordado o assunto mais detalhadamente:

TERAPEUTA: Sally, se você tiver problemas em avaliar seus pensamentos nesta semana, como você provavelmente se sentiria?

PACIENTE: Frustrada, eu acho.

TERAPEUTA: O que provavelmente passaria pela sua cabeça?

PACIENTE: Eu não sei. Provavelmente eu simplesmente desistiria.

TERAPEUTA: Você consegue se imaginar olhando para a folha de papel e não sabendo o que fazer?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: O que está passando pela sua cabeça enquanto você olha para o papel?

PACIENTE: "Eu deveria conseguir fazer isso. Eu sou tão burra."

TERAPEUTA: Bom! Você acha que ajudaria ter um lembrete por escrito de que esta é apenas uma habilidade na qual você vai melhorar à medida que aprender mais e mais aqui comigo?

PACIENTE: Sim. (*Escreve nas suas notas da terapia*)

TERAPEUTA: Você acha que essa resposta vai ajudar o suficiente? Ou acha que devemos adiar essa tarefa até que tenhamos mais tempo para praticarmos juntas?

PACIENTE: Não. Eu acho que posso tentar.

TERAPEUTA: Ok, mas se você ficar frustrada e tiver pensamentos automáticos, não deixe de anotá-los, ok?

Aqui, eu faço uma prescrição com uma proposta sem riscos: ou Sally a realiza com sucesso, ou ela tem alguma dificuldade em que eu possa ajudar na sessão seguinte. Se ficar frustrada, ela pode ler suas anotações da terapia (e provavelmente se sentir melhor) ou então rastrear seus pensamentos para que possa aprender a responder a eles na sessão seguinte.

PEGANDO UM ATALHO: NÃO UTILIZANDO AS PERGUNTAS

Por fim, quando o paciente já progrediu na terapia e pode avaliar automaticamente os seus pensamentos, você poderá, por vezes, simplesmente pedir que ele *imagine uma resposta adaptativa*.

PACIENTE: [Quando eu for pedir à minha colega de quarto para deixar a cozinha mais limpa] eu provavelmente vou pensar que o melhor seria eu mesma limpá-la.

TERAPEUTA: Você pode pensar em uma forma mais útil de encarar isso?

PACIENTE: Sim. Que é melhor para mim que eu olhe o meu lado. Que eu estou fazendo uma coisa razoável. Eu não estou sendo má ou pedindo que ela faça mais do que a sua parte. Que ela provavelmente vai aceitar isso bem, como aconteceu da última vez em que pedi que limpasse.

TERAPEUTA: Bom. O que você acha que vai acontecer à sua ansiedade se você disser isso a si mesma?

PACIENTE: Ela vai diminuir.

Aqui está outro exemplo:

TERAPEUTA: Há alguma coisa que você consiga lembrar e que poderia interferir na sua atitude de começar a fazer o trabalho de Química?

PACIENTE: Eu poderia pensar que tem muita coisa para eu fazer e me sentir sobrecarregada.

TERAPEUTA: Ok, se você realmente tiver o pensamento “Tem muita coisa para fazer”, o que você pode dizer a si mesma?

PACIENTE: Que eu não tenho que fazer tudo em uma noite, que não tenho que entender tudo perfeitamente nesta primeira vez.

TERAPEUTA: Bom. Você acha que isso vai ser suficiente para ir em frente e começar a tarefa?

A avaliação dos pensamentos automáticos é uma habilidade específica na qual terapeuta e paciente melhoram com a prática repetida. O próximo capítulo descreve como ajudar o paciente a responder aos seus pensamentos automáticos.

Capítulo 12

RESPONDENDO AOS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

O capítulo anterior demonstrou como ajudar o paciente a avaliar os pensamentos automáticos importantes e a determinar a eficácia da sua avaliação na sessão. Este capítulo descreve como facilitar a avaliação do paciente e a resposta aos pensamentos automáticos *entre as sessões*. O paciente vivencia dois tipos de pensamentos automáticos fora da sessão: os que ele já identificou e avaliou na sessão e as cognições novas. Para o primeiro grupo, você vai assegurar que o paciente tenha um robusto registro de respostas escritas (no papel ou em fichas de arquivo, em um caderno da terapia ou um *smartphone*) ou em formato de áudio (em fita de áudio ou CD, em uma mensagem gravada no telefone, etc.)

Para responder aos novos pensamentos automáticos entre as sessões, você vai ensinar o paciente a usar a lista de perguntas da Figura 11.1 (seja mentalmente ou por escrito), a usar um formulário como o Registro de Pensamentos da Figura 12.1 ou, ainda, uma versão mais fácil, o formulário "Testando Seus Pensamentos", da Figura 12.2. Contudo, existem outras maneiras de responder aos pensamentos automáticos. O paciente pode se engajar em uma solução de problemas, usar técnicas de distração ou relaxamento, ou nomear e aceitar seus pensamentos e emoções sem avaliação.

REVISANDO AS ANOTAÇÕES DA TERAPIA

Depois de avaliar um pensamento automático com o paciente (geralmente por meio do questionamento socrático), você pedirá que ele faça um resumo. Você pode, por exemplo, fazer uma das seguintes perguntas:

> "Você pode resumir o que nós acabamos de falar?"
> "O que você acha que seria importante lembrar nesta semana?"
> "Se a situação acontecer novamente, o que você gostaria de poder dizer a si mesmo?"

Quando o paciente apresenta um resumo convincente, você poderá perguntar se ele gostaria de registrá-lo para que possa se lembrar melhor da resposta quando pensamentos similares surgirem no futuro. Na transcrição a seguir, Sally e eu acabamos de avaliar seu pensamento "Eu não consigo fazer isto" usando muitas das perguntas da Figura 11.1 (página 193). Eu peço que faça um resumo.

TERAPEUTA: Ok, Sally, então se você abrir seu livro de Química nesta semana e mais uma vez tiver o pensamento "Eu não consigo fazer isto", do que você gostaria de se lembrar?

PACIENTE: De que isso provavelmente não é verdade. Que eu provavelmente posso fazer pelo menos parte do trabalho porque no passado eu fiz, e também posso conseguir ajuda se não entender tudo. Acho que ler parte do livro é melhor do que não ler nada.

TERAPEUTA: Muito bem. Devemos registrar isso?

P: E se... as respostas do paciente forem superficiais, confusas ou prolixas?

R: Você poderia dizer: "Bem, eu acho que é quase isso, mas talvez fosse mais útil lembrar-se desta forma...". Se as respostas dele forem razoáveis, mas incompletas, você poderá dizer: "Você também quer se lembrar de que...?". Se ele concordar, você ou ele poderá registrar as suas sugestões.

É aconselhável fazer o paciente ler as suas anotações da terapia todas as manhãs e lançar mão delas quando necessário, durante o dia.

O paciente tende a integrar as respostas ao seu pensamento quando já as ensaiou repetidamente. A leitura das anotações apenas quando ele se depara com situações difíceis é geralmente menos eficiente do que a leitura regular *como preparação para* situações difíceis. Estão listadas, a seguir, algumas das anotações de terapia de Sally. Elas contêm:

- respostas a pensamento disfuncional,
- tarefas comportamentais ou
- uma combinação de respostas e tarefas comportamentais.

Quando eu pensar "Eu nunca vou conseguir terminar meu trabalho", devo me lembrar de que:
Eu só preciso focar no que preciso fazer neste momento.
Eu não tenho que fazer tudo com perfeição.
Eu posso pedir ajuda. Isso não é um sinal de fraqueza.

Quando eu pensar "Eu prefiro ficar na cama", dizer a mim mesma que eu sempre me sinto um pouco melhor quando faço alguma coisa e pior quando não faço nada.

Pode ser que eu me sinta como se ninguém se importasse comigo, mas isso não é verdade.

A minha família, Allison e Joe se importam. É difícil perceber a atenção deles, mas isso é porque estou deprimida. A melhor coisa a fazer é me manter em contato com eles, então vou telefonar ou mandar uma mensagem para eles.

Quando eu quiser pedir a ajuda do professor

1. Lembrar que isso não é um problema. O pior que pode acontecer é que ele seja rude.
2. Lembrar que isso é um experimento. Mesmo que não funcione desta vez, vai ser uma boa prática para mim.
3. Se ele for rude, provavelmente isso não terá nada a ver comigo. Ele talvez esteja ocupado ou irritado com alguma outra coisa.
4. Mesmo que ele não me ajude, e daí? Isso vai ser uma falha dele como professor, não minha como aluna. Isso significa que ele não está fazendo direito o seu trabalho. Eu posso pedir um orientador ao departamento ou pedir que outra pessoa da aula me ajude.
5. Então eu posso ir falar com ele. Na pior das hipóteses, este será um bom exercício.

Estratégias para quando eu estiver ansiosa
1. Fazer um Registro de Pensamentos.
2. Ler os cartões de enfrentamento.
3. Telefonar para [um amigo].
4. Sair para caminhar ou correr.
5. Tolerar a ansiedade. É um sentimento desagradável, mas não é uma ameaça à minha vida, e vai diminuir quando eu desviar a atenção para outra coisa.

Por uma questão prática, você deve manter cópias das anotações do seu paciente, fazendo fotocópias ou usando papel carbonado. Você verá que provavelmente vai consultar com frequência essas anotações, em especial quando examinar os exercícios ou reforçar ideias que você discutiu com o paciente em sessões anteriores. Além disso, muitos pacientes perdem as suas anotações e podem, então, obter outra via a partir da sua cópia.

Autorregistro das Anotações da Terapia

O ideal é que você se assegure de que o paciente tenha registros por escrito da terapia. Ele poderá carregar consigo um caderno ou fichas de arquivo para que possa ler quando necessário, ou então pode lê-los no seu *smartphone*. No entanto, alguns pacientes não podem ou não gostam de ler, ou podem achar mais eficiente ouvir os registros. Em qualquer um dos casos, você pode ligar um gravador ou pedir ao paciente que grave no seu celular quando vocês estiverem desenvolvendo respostas aos pensamentos automáticos; ou então poderá anotar as respostas e ligar o gravador nos últimos minutos de uma sessão, gravando todas as respostas de uma só vez. Fazer o registro e depois pedir que o paciente ouça uma sessão inteira geralmente não é de muita utilidade. É provável que ele ouça o registro apenas uma vez durante a semana, em vez de ouvir repetidamente os pontos mais importantes da sessão.

Motivar o paciente a ler as anotações da terapia é o mesmo que facilitar que ele faça algum tipo de exercício (veja o Capítulo 17). Inicialmente, é aconselhável pedir que ele leia suas anotações no fim de uma sessão e mostrar-lhe que essa leitura leva menos de um minuto. Quando o paciente não pode ler as anotações da terapia,

talvez ele possa ouvir um resumo gravado ou encontre alguém do seu convívio que possa ler as notas para ele.

AVALIANDO E RESPONDENDO A NOVOS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS ENTRE AS SESSÕES

O capítulo anterior apresentou uma lista de perguntas socráticas que o paciente poderá se fazer para avaliar seu pensamento. Antes de sugerir que ele use essas perguntas em casa quando se sentir perturbado, você deverá se assegurar de que:

- Ele entenda que a avaliação do seu pensamento poderá ajudar a se sentir melhor.
- Ele acredite que conseguirá usar as perguntas adequadamente em casa.
- Ele entenda que nem todas as perguntas se aplicam a todos os pensamentos automáticos.
- Você tenha diminuído a lista para os pacientes que acham a lista completa desestimuladora ou uma sobrecarga.

Você também orienta o paciente sobre quando e como usar as perguntas, como eu fiz com Sally:

TERAPEUTA: Sally, seria muito pesado para você usar estas perguntas para *cada* pensamento automático que você tiver nesta semana. Esta é uma das razões para você ter as anotações da terapia, para que possa lê-las todas as manhãs e quando necessário durante o dia. Mas, quando você notar que o seu humor está piorando e perceber seus pensamentos, pense consigo mesma: "Eu tenho anotações da terapia que incluem isto?". Certo?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Se fizer assim, você terá uma opção. Use as perguntas ou lance mão das suas anotações.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Se você não tiver as anotações, então definitivamente terá que lançar mão da lista pelo menos em algum desses momentos. Idealmente, você não deveria simplesmente se fazer as perguntas, mas também *anotar* suas respostas, se puder. O que você acha?

PACIENTE: Ótimo.

Registro de Pensamentos

O Registro de Pensamentos (RP), também conhecido em uma versão anterior como Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais (Beck et al., 1979), é uma planilha que estimula o paciente a avaliar seus pensamentos automáticos quando se sente angustiado (veja a Figura 12.1). Ele obtém mais informações do que simplesmente respondendo às perguntas da Figura 11.1. Não é necessário que o paciente use o RP se essas perguntas forem úteis, mas muitos pacientes acham que a planilha organiza melhor seu pensamento e ideias. (No entanto, o RP não é particularmente útil para pacientes que têm funcionamento cognitivo baixo, não gostam de escrever, estão desmotivados ou não são bem equipados intelectualmente para se beneficiarem com isso.) Primeiramente, você poderá usar com o paciente a lista de perguntas da Figura 11.1 (página 193) e, depois, mostrar-lhe como anotar as respostas e outras informações em um Registro de Pensamentos.

Na parte seguinte da sessão, Sally e eu usamos a lista de perguntas socráticas para avaliar seu pensamento "Bob não vai querer sair comigo", e ela se sentiu melhor.

TERAPEUTA: Muito bem. Eu gostaria de lhe mostrar uma planilha que eu acho que lhe ajudará fora da sessão, se você concordar. Ela se chama Registro de Pensamentos – e é simplesmente uma forma organizada de anotar o que acabamos de fazer. Tudo bem? (*Apresento a Figura 12.1*)

PACIENTE: Certo.

TERAPEUTA: Aqui está. Agora, antes de começarmos, eu tenho que lhe dizer algumas coisas. Primeiro, ortografia, caligrafia e gramática não importam. Segundo, este é um instrumento útil e pode precisar de alguma prática para que você fique boa nisso. Então, é esperado que você cometa alguns erros no começo. Esses equívocos na verdade serão úteis – veremos o que ficou confuso, de modo que você possa fazer melhor da próxima vez, ok?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Aqui está escrito como você vai saber quando deve usá-lo (*apontando para o topo da folha*). Você vê aqui no topo? Aqui diz: "Orientações: Quando você notar que o seu humor está piorando, pergunte-se 'O que está passando pela minha cabeça agora?' e, assim que possível, anote o pensamento ou imagem mental na coluna dos Pensamentos Automáticos".

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Agora, vamos examinar as colunas. As orientações estão

no alto de cada uma. A primeira coluna é fácil. Quando você teve aquele pensamento sobre Bob?

PACIENTE: Na sexta-feira à tarde, depois da aula.

TERAPEUTA: Ok, você pode escrever isso na primeira coluna.

PACIENTE: (*Faz isso*)

TERAPEUTA: Agora, você vai ver que a segunda coluna lhe pede para anotar a situação. Assim, você poderia colocar: "Pensando em perguntar ao Bob se ele quer tomar um café". (*Pausa enquanto Sally escreve*) Agora, a terceira coluna é para os seus pensamentos automáticos e o quanto você acredita neles. É aqui que você anota as palavras ou imagens factuais que passaram pela sua cabeça: "Ele não vai querer ir comigo". O quanto você acreditou no pensamento naquela hora?

PACIENTE: Muito, talvez uns 90%.

TERAPEUTA: Bom. Você poderia escrever "90%" ao lado do seu pensamento, ou "muito", e, na quarta coluna, você escreve sua emoção e a sua intensidade. Nesse caso, o quanto você se sentiu triste?

PACIENTE: Muito triste – 75%.

TERAPEUTA: Certo, escreva isso. (*Espera que Sally acabe de escrever*) A seguir, olhe para a quinta coluna. Ela pede que você identifique a distorção cognitiva. Você pode olhar a sua lista e me dizer se acha que seu pensamento automático se encaixa em alguma dessas categorias?

PACIENTE: Eu acho que é adivinhação ou leitura mental.

TERAPEUTA: Bom. Na verdade são ambas. A seguir, a coluna cinco pede para usar as perguntas de baixo. Você gostaria de anotar as respostas que acabamos de examinar?

PACIENTE: Ok. (*Faz isso*)

TERAPEUTA: Agora, a última coluna nos diz o quanto isso foi útil. O quanto você acredita no pensamento automático agora?

PACIENTE: Menos. Talvez 50%.

TERAPEUTA: E o quanto está se sentindo triste?

PACIENTE: Menos. Uns 50%, eu acho.

TERAPEUTA: Então você pode anotar.

PACIENTE: (*Faz isso*)

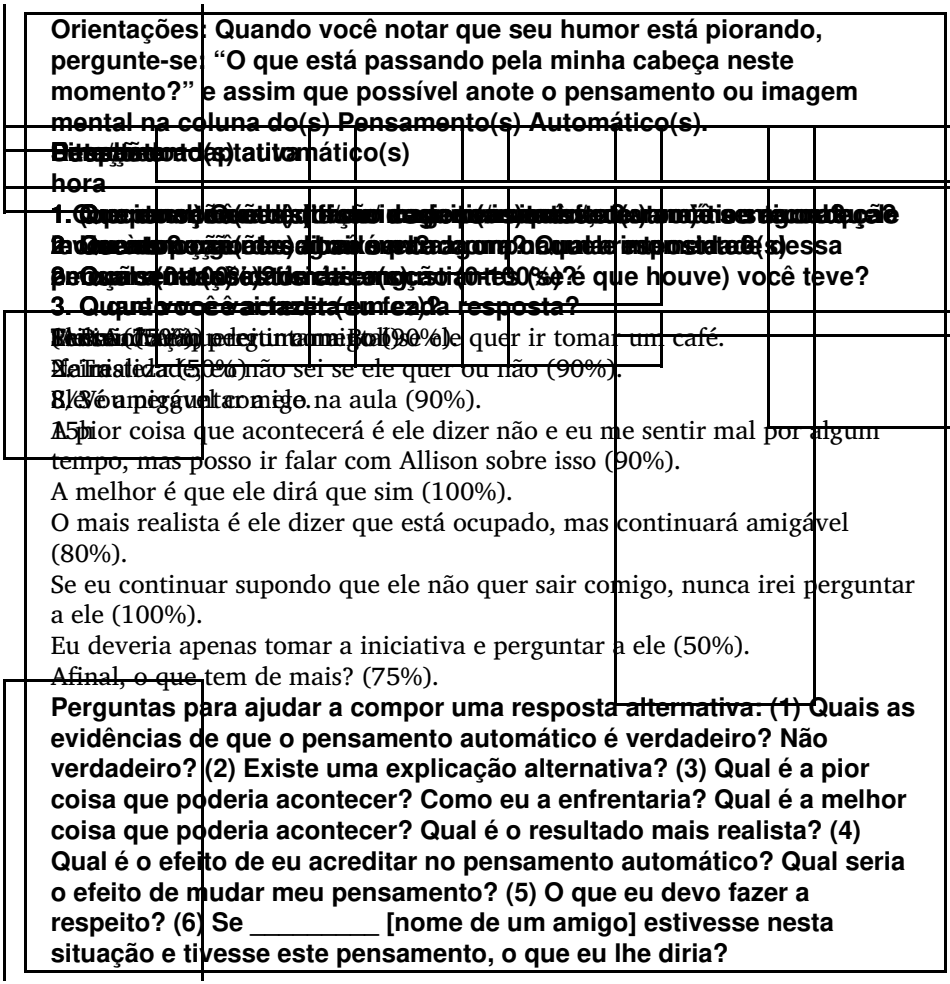
TERAPEUTA: Eu quero que você se lembre do que eu lhe disse antes. Não espere que toda a sua emoção negativa vá embora. Contudo, se fazer um Registro de Pensamentos ajuda um pouco, mesmo que seja 10%, já vale a pena.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Então, o que você acha do Registro de Pensamentos? Você quer experimentar em casa nesta semana?

PACIENTE: Sim, eu vou experimentar.

Para alguns pacientes, será melhor introduzir o Registro de Pensamentos em dois estágios. Em uma sessão, você poderá ensinar o paciente a preencher as quatro primeiras colunas. Se ele conseguir fazer isso como exercício de casa, você poderá, então, ensiná-lo a usar as duas colunas finais.



Orientações: Quando você notar que seu humor está piorando, pergunte-se: "O que está passando pela minha cabeça neste momento?" e assim que possível anote o pensamento ou imagem mental na coluna do(s) Pensamento(s) Automático(s).

Situação(s) Pensamento(s) Automático(s)

hora

1. [illegible]

2. [illegible]

3. [illegible] é que houve) você teve?

[illegible] resposta?

[illegible] quer ir tomar um café.

[illegible] não sei se ele quer ou não (90%).

[illegible] na aula (90%).

A pior coisa que acontecerá é ele dizer não e eu me sentir mal por algum tempo, mas posso ir falar com Allison sobre isso (90%).

A melhor é que ele dirá que sim (100%).

O mais realista é ele dizer que está ocupado, mas continuará amigável (80%).

Se eu continuar supondo que ele não quer sair comigo, nunca irei perguntar a ele (100%).

Eu deveria apenas tomar a iniciativa e perguntar a ele (50%).

Afinal, o que tem de mais? (75%).

Perguntas para ajudar a compor uma resposta alternativa: (1) Quais as evidências de que o pensamento automático é verdadeiro? Não verdadeiro? (2) Existe uma explicação alternativa? (3) Qual é a pior coisa que poderia acontecer? Como eu a enfrentaria? Qual é a melhor coisa que poderia acontecer? Qual é o resultado mais realista? (4) Qual é o efeito de eu acreditar no pensamento automático? Qual seria o efeito de mudar meu pensamento? (5) O que eu devo fazer a respeito? (6) Se _____ [nome de um amigo] estivesse nesta situação e tivesse este pensamento, o que eu lhe diria?

FIGURA 12.1. Registro de Pensamentos. Extraída de *Cognitive behavior therapy worksheet packet.* **Copyright 2011, Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy.**

Planilha "Testando seus Pensamentos"

Quando você prevê que o Registro de Pensamentos pode ser muito confuso ou elaborado para o paciente, considere o uso de uma versão simplificada, a Planilha "Testando seus Pensamentos" (Figura 12.2). Ela contém perguntas similares, seus termos são adequados a pessoas com baixo grau de instrução, e seu formato mais estruturado é mais fácil de preencher.

Qual é a situação? Joanne gritou comigo.

O que eu estou pensando ou imaginando? Ela nunca mais vai me ligar.

O que me faz achar que o pensamento é verdadeiro? Ela parecia muito irritada.

O que me faz pensar que o pensamento não é verdadeiro ou não completamente verdadeiro?

Ela já ficou brava comigo antes, mas parece que depois passa.

De que outra maneira eu posso encarar isto? Ela é temperamental, mas não fica brava para sempre.

Qual é a pior coisa que poderia acontecer? O que eu faria então? Eu perderia a minha

melhor amiga. Eu teria que me concentrar nos meus outros amigos.

Qual é a melhor coisa que poderia acontecer? Ela vai me telefonar em seguida e pedir desculpas.

O que provavelmente irá acontecer? Ela vai ficar um pouco fria por alguns dias, mas aí eu vou ligar para ela.

O que vai acontecer se eu ficar tendo o mesmo pensamento? Eu vou continuar muito

chateada.

O que poderia acontecer se eu mudasse o meu pensamento? Eu poderia me sentir melhor; talvez ligasse para ela logo.

O que eu diria à minha amiga [pense em uma pessoa específica] Emily **se isso acontecesse com ela?** Não se preocupe, apenas espere uns dois dias e depois telefone.

FIGURA 12.2. Planilha "Testando seus Pensamentos". Extraída de *Cognitive behavior therapy worksheet packet.* **Copyright 2011, Judith S. Beck. Bala**

Quando uma Planilha Não é Suficientemente Útil

Como acontece com qualquer outra técnica na terapia cognitivo-comportamental, é importante não enfatizar excessivamente a importância dos formulários. A maioria dos pacientes, em algum momento, considera que preencher uma determinada planilha não trouxe muito alívio. Se você enfatizar sua utilidade *geral* e os "pontos emperrados" como uma oportunidade de aprendizado, você ajudará o paciente a evitar pensamentos automáticos críticos em relação a si mesmo, à terapia, à planilha ou a você.

Conforme descrito no capítulo anterior, a avaliação de um pensamento automático (com ou sem uma planilha) poderá estar longe do ideal se o paciente não conseguir responder ao seu pensamento ou imagem mais perturbadores, se o seu pensamento automático for uma crença nuclear ou ativar uma crença subjacente, se a sua avaliação e resposta forem superficiais ou se ele não valorizar a resposta.

RESPONDENDO DE OUTRAS MANEIRAS AOS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Às vezes, você irá usar outros métodos para responder aos pensamentos automáticos. Por exemplo, quando o paciente tiver pensamentos ansiosos obsessivos, você poderá ensinar a ele a técnica "AWARE" (Beck e Emery, 1985), na qual o paciente pratica:

A: (aceitação) Aceitar sua ansiedade.
W: (observação) Observar sua ansiedade sem julgamento.
A: (ação) Agir com sua ansiedade, como se não estivesse ansioso.
R: (repetição) Repetir os três primeiros passos.
E: (espera) Esperar pelo melhor.

Quando as emoções do paciente forem tão intensas a ponto de ele não conseguir usar com eficiência a sua função executiva para avaliar seus pensamentos, você poderá utilizar as técnicas de distração ou relaxamento, descritas no Capítulo 15.

Capítulo 13

IDENTIFICANDO E MODIFICANDO CRENÇAS INTERMEDIÁRIAS

Os capítulos anteriores descreveram a identificação e a modificação dos pensamentos automáticos, as palavras ou imagens factuais que passam pela cabeça do paciente em uma determinada situação e levam ao sofrimento. Este capítulo e o próximo descrevem as ideias ou entendimentos mais profundos geralmente não articulados que os pacientes têm a respeito de si, dos outros e do seu mundo pessoal, que suscitam pensamentos automáticos específicos. Frequentemente, essas ideias não são expressas antes da terapia, mas podem ser facilmente identificadas a partir do paciente ou inferidas e depois testadas.

Conforme descrito no Capítulo 3, essas crenças podem ser classificadas em duas categorias: crenças intermediárias (compostas por regras, atitudes e pressupostos) e crenças nucleares (ideias globais rígidas a respeito de si, dos outros e do mundo). As crenças intermediárias, embora não tão passíveis de modificação, ainda são mais maleáveis do que as crenças nucleares.

Este capítulo está dividido em duas partes. Na primeira parte, é descrita a *conceituação cognitiva* (apresentada inicialmente no Capítulo 3) e é ilustrado o processo de desenvolvimento de um Diagrama de Conceituação Cognitiva. A conceituação é enfatizada ao longo de todo este livro para ajudar o terapeuta a planejar a terapia, adquirir prática na escolha de intervenções adequadas e superar pontos emperrados quando as intervenções padrão não funcionam. *Identificar e modificar as crenças intermediárias* é o foco da segunda parte deste capítulo. Essas técnicas também se aplicam ao próximo capítulo, o qual apresenta outras técnicas especializadas atuais para identificar e

modificar crenças nucleares.

CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

De modo geral, você irá orientar o paciente a trabalhar nos pensamentos automáticos antes de modificar diretamente as suas crenças. Entretanto, desde o início, você começa a formular uma conceituação, que vincula logicamente pensamentos automáticos a crenças em nível mais profundo. Se não conseguir ter uma visão mais geral, provavelmente não conseguirá direcionar a terapia de forma efetiva e eficiente.

Você pode começar preenchendo um Diagrama de Conceituação Cognitiva (Figuras 13.1 e 13.2) após a primeira sessão com o paciente, caso tenha coletado dados na forma do modelo cognitivo (na parte inferior do diagrama); isto é, você tem dados sobre os pensamentos, as emoções, os comportamentos e/ou as crenças típicos do paciente. Esse diagrama descreve, entre outras coisas, a relação entre as crenças nucleares, crenças intermediárias e os pensamentos automáticos correntes. Ele fornece um mapa cognitivo da psicopatologia do paciente e ajuda a organizar a multiplicidade de dados que o paciente apresenta. A Figura 13.1 ilustra as perguntas básicas que você fará a si mesmo para preencher o diagrama.

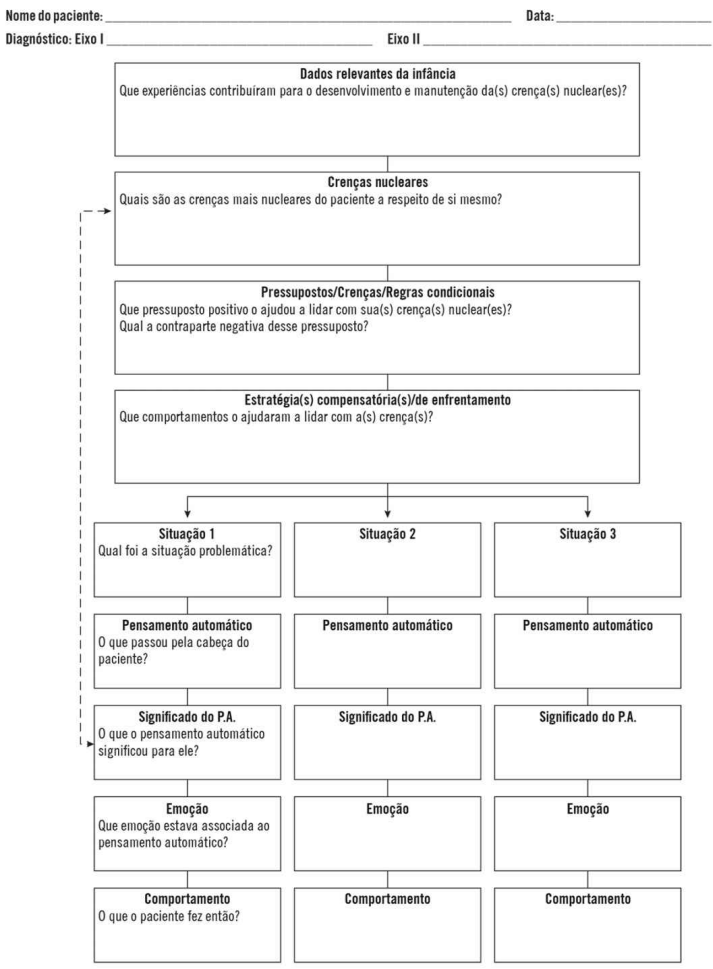


FIGURA 13.1. Diagrama de Conceituação Cognitiva. Adaptada de *Cognitive behavior therapy worksheet packet*. **Copyright 2011, Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy.**

Reimpressa com permissão em *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática, segunda edição*, Judith S. Beck (Guilford Press, 2011). A reprodução deste material é permitida aos compradores deste livro unicamente para uso pessoal. Os leitores poderão fazer o *download* de uma versão ampliada (em inglês) deste material no *site* www.guilford.com/p/beck4.

Ao preencher os dados após a sessão inicial, você deve considerar seu primeiro trabalho como provisório; você ainda não coletou dados suficientes para determinar até que ponto os pensamentos automáticos expressos pelo paciente são pensamentos típicos dele. O diagrama completo será enganoso se você escolher situações em que os temas dos pensamentos automáticos do paciente não fizerem parte de um padrão geral. Depois de três ou quatro sessões, você terá condições de

preencher a metade inferior com mais confiança, quando os padrões já deverão ter emergido.

Você compartilha verbalmente com o paciente a sua conceituação inicial (e, às vezes, em uma folha de papel em branco) em todas as sessões, à medida que resume a experiência dele na forma do modelo cognitivo. No entanto, em geral você não vai compartilhar a planilha, já que muitos pacientes achariam-na confusa (ou, ocasionalmente, humilhante, se eles interpretarem o diagrama como uma tentativa de "encaixá-los" dentro dos quadros).

Inicialmente, você poderá ter dados para completar apenas uma parte do diagrama. Ou você deixa os outros quadros em branco, ou preenche itens que inferiu, colocando um ponto de interrogação ao lado para indicar seu *status* provisório. Em sessões futuras, você vai checar com o paciente os itens que faltam ou foram inferidos. Em algum momento, você vai compartilhar as partes superior e inferior da conceituação, quando o seu objetivo para uma sessão for ajudar o paciente a ter uma visão mais ampla das suas dificuldades. Nesse momento, você irá examinar verbalmente a conceituação, compartilhar uma versão simplificada em uma folha de papel em branco ou (com aqueles pacientes que você julgar que irão se beneficiar) apresentar um diagrama de conceituação em branco e preenchê-lo com o paciente. Sempre que apresentar suas interpretações, você fará isso provisoriamente, denominando-as como hipóteses, perguntando ao paciente se lhe "soa verdadeiro". As hipóteses corretas geralmente ecoam bem no paciente.

Em geral, é melhor começar pela metade inferior do diagrama de conceituação. Você anota três situações *típicas* em que o paciente ficou perturbado. Então, para cada situação, preencha o principal pensamento automático, seu significado e a emoção subsequente do paciente e o respectivo comportamento (se houver). Se você não perguntou diretamente ao paciente sobre o significado dos seus pensamentos automáticos, poderá levantar hipóteses (com um ponto de interrogação anotado ao lado) ou, melhor ainda, utiliza a técnica da seta descendente (páginas 227-229) na sessão seguinte para elucidar o significado de cada pensamento.

O significado do pensamento automático para cada situação deve estar conectado logicamente ao quadro da Crença Nuclear no alto do diagrama. Por exemplo, o diagrama de Sally (Figura 13.2) mostra claramente como seus pensamentos automáticos e o significado desses pensamentos estão relacionados com sua crença nuclear de incompetência.

Para preencher o quadro superior do diagrama, pergunte-se (e ao paciente): Como a crença nuclear se originou e se manteve? Que acontecimentos (especialmente os da infância) vivenciados pelo

paciente poderiam estar relacionados ao desenvolvimento e à manutenção da crença? Os dados típicos da infância que são relevantes incluem eventos significativos, tais como discussões contínuas ou periódicas entre os pais ou outros familiares; divórcio dos pais; interações negativas com pais, irmãos, professores, amigos, ou outras em que a criança se sentiu acusada, criticada ou desvalorizada de alguma forma; doença grave; morte de pessoas significativas; abuso físico ou sexual; e condições de vida adversas, como mudanças frequentes, vivência de um trauma, crescer na pobreza ou enfrentar discriminação crônica, para citar algumas.

Os dados relevantes da infância podem, no entanto, ser mais sutis: por exemplo, as percepções da criança (que podem ou não ser válidas) de que ela não estava à altura em comparação com seus irmãos em aspectos importantes, de que ela era diferente dos colegas e humilhada por eles, de que ela não correspondia às expectativas dos pais, professores ou outros, ou de que seus pais favoreciam um irmão em detrimento dela.

A seguir, pergunte-se: "Como o paciente enfrentou esta crença nuclear dolorosa? Que crenças intermediárias (i. e., pressupostos subjacentes, regras e atitudes) o paciente desenvolveu?".

As crenças de Sally são descritas hierarquicamente na Figura 13.3. Como ela apresenta muitas crenças intermediárias que poderiam ser classificadas como atitudes ou regras, é especialmente útil listar os *pressupostos* principais no quadro abaixo da crença nuclear. (Veja adiante, como você pode ajudar um paciente a expressar de uma forma diferente uma atitude ou regra como um pressuposto.) Sally, por exemplo, desenvolveu um pressuposto que a ajudou a enfrentar a ideia dolorosa de incompetência: "Se eu trabalhar com muita dedicação, vou me sair bem". Como a maioria dos pacientes, ela também tinha o contraponto do mesmo pressuposto: "Se eu não trabalhar com muita dedicação, vou fracassar". A maior parte dos pacientes com transtorno do Eixo I tende a operar de acordo com o primeiro pressuposto, que foi expresso de uma forma mais positiva, até ficar psicologicamente angustiado, momento em que o pressuposto negativo vem à tona. Note que a designação "positiva" não significa necessariamente que a crença é adaptativa.

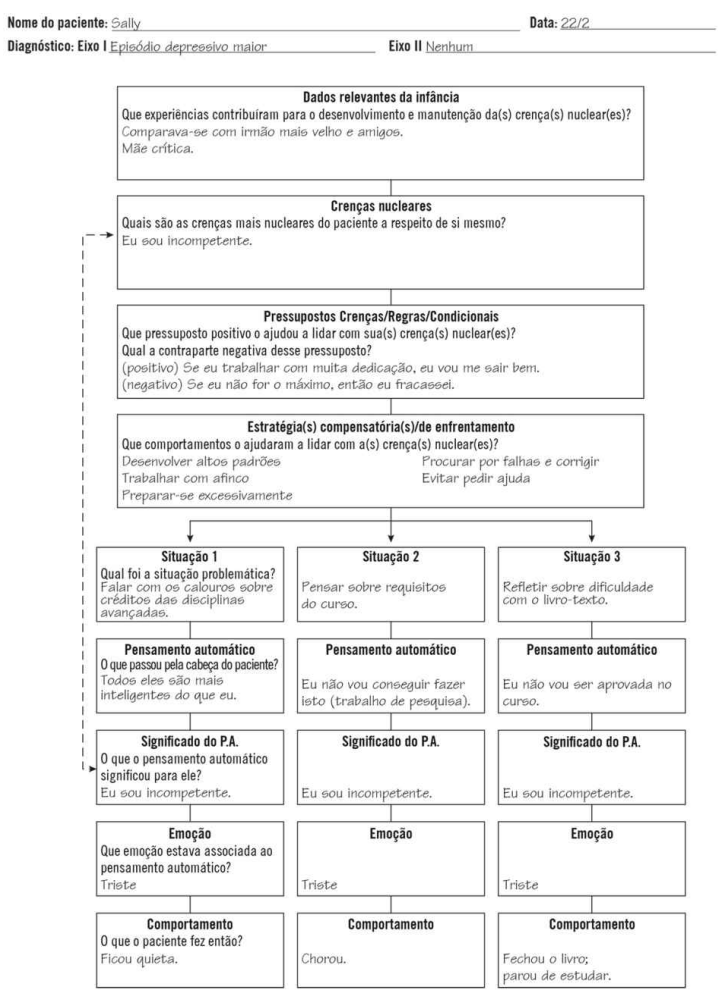


FIGURA 13.2. Diagrama de Conceituação Cognitiva de Sally. Adaptada de *Cognitive behavior therapy worksheet packet*. **Copyright 2011, Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy.**

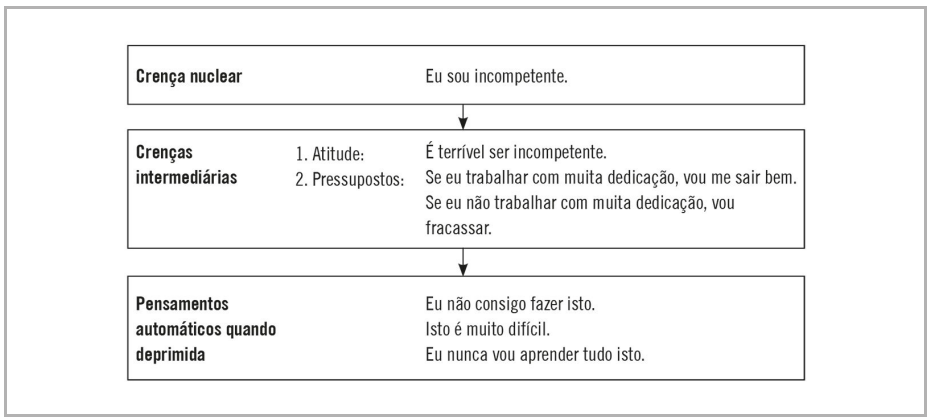


FIGURA 13.3. Hierarquia das Crenças e dos Pensamentos Automáticos de Sally.

Para completar o quadro seguinte, "estratégias de enfrentamento", você pode se perguntar: "Que estratégias comportamentais o paciente desenvolveu para lidar com a crença nuclear dolorosa?". Observe que os pressupostos mais amplos do paciente frequentemente têm ligação com as estratégias de enfrentamento da crença nuclear:

> "Se eu [me engajar na estratégia de enfretamento], então [a minha crença nuclear pode não se tornar realidade; eu ficarei bem]. No entanto, se eu [*não* me engajar na minha estratégia de enfrentamento], então [minha crença nuclear provavelmente vai se tornar realidade]".

As estratégias de Sally eram desenvolver altos padrões para si, trabalhar com muita dedicação, preparar-se excessivamente para as provas e apresentações, permanecer vigilante em relação às suas falhas e evitar buscar ajuda (especialmente nas situações em que isso poderia, na sua cabeça, expor sua incompetência). Ela acredita que o engajamento nesses comportamentos vai protegê-la do fracasso e da exposição da sua incompetência (e que não executá-los *poderia* levar ao fracasso e à exposição da incompetência).

Outro paciente poderia ter desenvolvido estratégias que são opostas aos comportamentos de Sally: evitar o trabalho árduo, desenvolver poucos objetivos, preparar-se menos do que o necessário e pedir ajuda demais. Por que Sally desenvolveu um conjunto particular de estratégias de enfrentamento, enquanto um segundo paciente desenvolveu o conjunto oposto? Talvez a natureza nos tenha dotado de diferentes estilos cognitivos e comportamentais; na interação com o ambiente, eles desenvolveram crenças intermediárias diferentes que reforçaram suas estratégias comportamentais particulares. O segundo paciente, talvez devido às suas experiências infantis, teve a mesma crença nuclear de incompetência, mas seu modo de enfrentamento foi desenvolver um conjunto de crenças diferente: "Se eu definir objetivos modestos para mim, vou ficar bem; mas se eu definir objetivos elevados, vou fracassar"; "Se eu contar com os outros, vou ficar bem; mas se eu contar comigo, vou fracassar".

Observe que a maioria das estratégias de enfrentamento consiste em comportamentos *normais* que todas as pessoas empregam às vezes. A dificuldade dos pacientes em sofrimento reside no *uso excessivo* dessas estratégias em detrimento de estratégias mais funcionais. A Figura 13.4 lista alguns exemplos de estratégias que os pacientes desenvolvem para enfrentar crenças nucleares dolorosas.

Para resumir, o Diagrama de Conceituação Cognitiva está baseado nos dados que o paciente apresenta, nas próprias palavras dele. Você deve considerar suas hipóteses como provisórias até que sejam confirmadas pelo paciente. Você continuará a reavaliar e aprimorar o diagrama enquanto coleta dados adicionais, e a sua conceituação somente estará completa quando o paciente terminar o tratamento. Embora possa não mostrar o diagrama ao paciente, você provavelmente irá conceituar verbalmente (e com frequência no papel) a experiência a partir da primeira sessão, para ajudá-lo a entender suas reações atuais às situações. Em algum momento, você irá lhe apresentar uma visão mais ampla para que ele possa entender:

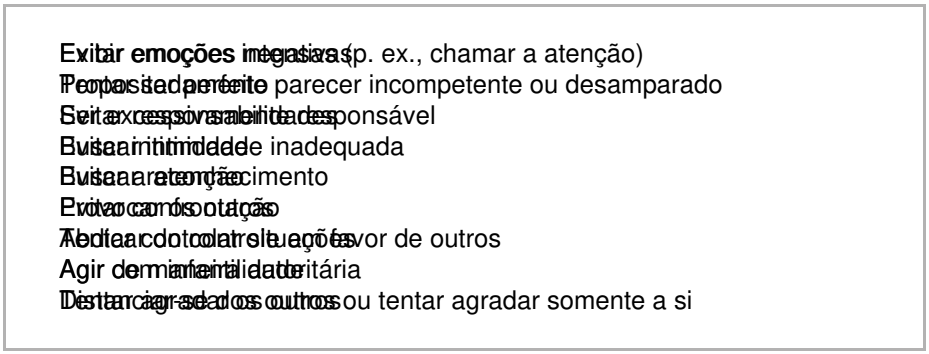


FIGURA 13.4. Estratégias de Enfrentamento Típicas.

- Como suas experiências anteriores contribuíram para o desenvolvimento de crenças nucleares sobre si, o seu mundo e os outros.
- Como ele desenvolveu determinados pressupostos ou regras de vida para ajudá-lo a enfrentar suas crenças nucleares dolorosas.
- Como esses pressupostos levaram ao desenvolvimento de estratégias particulares de enfrentamento ou padrões de comportamento que podem (ou não) ter sido adaptativos naquele momento, mas que já não são mais adaptativos em muitas situações.

Alguns pacientes já estão intelectual e emocionalmente prontos para ver o quadro mais amplo no começo da terapia; você deve aguardar para apresentá-lo aos demais (especialmente aqueles com quem não tem uma relação terapêutica sólida ou que, na verdade, não acreditam no modelo cognitivo). Conforme mencionado anteriormente, sempre que você apresentar sua conceituação, peça ao paciente a confirmação, negação ou modificação de cada parte.

Identificando Crenças Intermediárias e Nucleares

Você irá identificar as crenças intermediárias:

1. Reconhecendo quando uma crença é expressa como um pensamento automático.
2. Apresentando a primeira parte de um pressuposto.
3. Evocando diretamente uma regra ou atitude.
4. Usando a técnica da seta descendente.
5. Examinando os pensamentos automáticos do paciente e procurando temas em comum.
6. Perguntando diretamente ao paciente.
7. Revendo um questionário de crenças preenchido pelo paciente.

Essas estratégias são ilustradas a seguir.

1. Primeiro, um paciente pode, na verdade, articular uma crença como um pensamento automático, especialmente quando deprimido.

TERAPEUTA: O que passou pela sua cabeça quando você recebeu o teste de volta?

PACIENTE: Eu devia ter feito melhor. Eu não consigo fazer nada direito, eu sou tão incompetente. [crença nuclear]

2. Segundo, você pode conseguir desvendar um pressuposto apresentando a sua primeira parte.

TERAPEUTA: Então você teve o pensamento: “Eu vou ter que ficar acordada toda a noite estudando”.

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: E se você não trabalhar com a maior dedicação possível em um trabalho ou projeto...?

PACIENTE: Então eu não dei o melhor de mim. Eu fracassei.

TERAPEUTA: Isso lhe soa familiar, com base no que conversamos antes na terapia? É assim que, em geral, você encara os seus esforços, que se não trabalhar com a maior dedicação possível, terá fracassado?

PACIENTE: É, acho que sim.

TERAPEUTA: Você pode me dar mais exemplos para que possamos ver o quanto essa crença é generalizada?

P: E se... o paciente tiver dificuldade em completar a segunda parte do pressuposto?

R: Reformule a frase.

TERAPEUTA: Deixe eu lhe perguntar desta forma: se você não trabalhar com o maior afinco possível em um trabalho ou projeto, o que poderia acontecer de ruim? Ou o que isso significaria de ruim?

3. Terceiro, você pode identificar uma regra ou atitude por meio da evocação direta.

TERAPEUTA: Então é mesmo muito importante para você se sair muito bem no seu trabalho de educadora voluntária?

PACIENTE: Ah, sim.

TERAPEUTA: Você se lembra da nossa conversa sobre esse tipo de coisa antes, de ter que se sair muito bem? Você tem alguma regra quanto a isso?

PACIENTE: Ah... Na verdade, eu não tinha pensado nisso... Eu acho que tenho que fazer qualquer coisa realmente muito bem.

4. Mais frequentemente, você usará uma quarta técnica para identificar crenças intermediárias (e nucleares): a *técnica da seta descendente* (Burns, 1980).

Primeiro, identifica um pensamento automático fundamental que você suspeita que possa se originar diretamente de uma crença disfuncional. Então, você pergunta ao paciente sobre o *significado* dessa cognição, presumindo que o pensamento automático seja verdade. Continue a fazer assim até que tenha descoberto uma ou mais crenças importantes. Perguntar ao paciente o que significa um pensamento *para* ele geralmente traz à tona uma crença intermediária; perguntar o que o pensamento revela *sobre* o paciente geralmente desvenda a crença nuclear.

TERAPEUTA: Ok, para resumir, você estava estudando até tarde ontem à noite, estava examinando suas anotações de aula, teve o pensamento “Estas anotações não fazem nenhum sentido” e sentiu-se triste.

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Ok, agora nós ainda não examinamos as evidências para ver se você está certa. Mas eu gostaria de ver se conseguimos

descobrir *por que* aquele pensamento fez você se sentir tão triste. Para fazermos isso, temos que presumir por um momento que você *tem* razão, que suas anotações não fazem sentido. O que isso significaria para você?

PACIENTE: Que eu não fiz um bom trabalho em aula.

TERAPEUTA: Ok, e se for verdade que você não fez um bom trabalho em aula, o que isso significaria?

PACIENTE: Que eu sou má aluna. [O pressuposto é: "Se eu não fizer um bom trabalho na escola, significa que eu sou má aluna".]

TERAPEUTA: Ok, e se você for má aluna, o que *isso* significa a seu respeito?

PACIENTE: [crença nuclear] Eu não sou boa o suficiente. [Eu sou incompetente.]

Às vezes, você poderá ficar trancado no curso de uma técnica da seta descendente quando o paciente der uma resposta de "sentimento", como "Isso seria terrível" ou "Eu ficaria ansiosa". Como no exemplo a seguir, você irá ser empático e depois tentar voltar ao caminho anterior. Para minimizar a possibilidade de que o paciente reaja negativamente à sua insistência, você irá apresentar uma justificativa para a repetição do seu questionamento e variá-lo por meio de perguntas como as que apresentamos a seguir:

"E se isso for verdade?"
"O que tem de tão ruim em..."
"Qual a pior parte de..."
"O que isso significa *a seu respeito*?"

A transcrição a seguir demonstra como apresentar uma rápida justificativa e a variação das perguntas na técnica da seta descendente.

TERAPEUTA: É importante entendermos qual parte disso mais a perturba. O que isso significaria, caso a sua colega de quarto e seus amigos *realmente* tirassem notas melhores do que você?

PACIENTE: Ah, eu não aguentaria.

TERAPEUTA: Então você ficaria muito perturbada, mas qual seria a pior parte de tudo isso?

PACIENTE: Eles provavelmente iriam fazer pouco caso de mim.

TERAPEUTA: E se eles realmente fizessem pouco caso de você, o que

seria tão ruim nisso tudo?

PACIENTE: Eu odiaria isso.

TERAPEUTA: Claro, você ficaria angustiada se isso acontecesse. Mas então, e se eles fizessem pouco caso de você?

PACIENTE: Eu não sei. Isso seria muito ruim.

TERAPEUTA: Isso significaria alguma coisa *sobre você*, se eles fizessem pouco caso de você?

PACIENTE: Que eu sou inferior, não tão boa quanto eles. [O pressuposto é: "Se as pessoas fizerem pouco caso de mim, significa que eu sou inferior". A crença nuclear é: "Eu sou inferior".]

Como você sabe quando interromper a técnica da seta descendente? Em geral, você já terá descoberto as crenças intermediárias importantes e/ou a crença nuclear quando o paciente demonstrar uma alteração negativa no afeto e/ou começar a expressar a crença nas mesmas palavras ou similares.

TERAPEUTA: E o que significaria se você fosse inferior e não tão boa quanto eles?

PACIENTE: Apenas isso, que eu sou inferior.

5. Uma quinta maneira de identificar crenças é procurar temas em comum nos pensamentos automáticos do paciente em várias situações. Você poderá perguntar a um paciente com maior *insight* se ele consegue identificar um tema recorrente ou pode, então, levantar uma hipótese sobre uma crença e pedir que ele reflita sobre a sua validade:

TERAPEUTA: Sally, em inúmeras situações você parece pensar "Eu não consigo fazer isto", "Isto é tão difícil" ou "Eu não vou ser capaz de terminar isto". Eu me pergunto: você acha que é, de algum modo, incompetente ou inadequada?

PACIENTE: Sim, eu acho que sim. Eu realmente acho que sou incompetente.

6. Uma sexta maneira de identificar crenças é perguntar diretamente ao paciente. Alguns conseguem articular suas crenças com relativa facilidade.

TERAPEUTA: Sally, qual é a sua crença em relação a pedir ajuda?

PACIENTE: Ah, pedir ajuda é um sinal de fraqueza.

7. Por fim, pode-se solicitar ao paciente que preencha um

questionário de crenças, como a Escala de Atitudes Disfuncionais (*Dysfunctional Attitude Scale*, Weissman e Beck, 1978) ou o Questionário de Crenças de Personalidade (*Personality Belief Questionnaire*, A. T. Beck e Beck, 1991). O exame cuidadoso dos itens que são fortemente endossados pode identificar crenças problemáticas. O uso de tais questionários é um coadjuvante útil às técnicas recém-descritas.

Para resumir, você pode identificar tanto as crenças intermediárias quanto as nucleares de várias maneiras. Você pode procurar a expressão de uma crença em um pensamento automático, apresentar a frase condicional ("Se...") de um pressuposto e pedir que o paciente a complete, investigar diretamente uma regra, usar a técnica da seta descendente, reconhecer um tema comum entre os pensamentos automáticos, perguntar ao paciente o que ele acha que é a sua crença ou examinar o questionário de crenças do paciente.

Decidindo Acerca de Modificar uma Crença

Após ter identificado uma crença, você precisa determinar se a crença intermediária é mais central ou mais periférica. Geralmente, para conduzir a terapia da forma mais eficiente possível, você foca nas crenças intermediárias mais importantes (Safran, Vallis, Segal e Shaw, 1986). Não vale a pena o gasto de tempo ou esforço de trabalhar nas crenças disfuncionais que são tangenciais ou em que o paciente acredite apenas um pouco.

TERAPEUTA: Parece que você acredita que se as pessoas não a aceitarem, você é inferior.

PACIENTE: Eu acho.

TERAPEUTA: O quanto você acredita nisso?

PACIENTE: Não muito, talvez uns 20%.

TERAPEUTA: Então não me parece que tenhamos que trabalhar nessas crenças. Que tal se voltarmos ao problema que estávamos discutindo antes?

Depois de identificar uma crença intermediária, você decide se irá explicitá-la para o paciente e, em caso positivo, se vai meramente identificar a crença como algo a ser trabalhado no futuro ou se irá trabalhar com ela no momento atual. Pergunte-se:

"Qual é a crença?"
"Quanto o paciente acredita nela?"
"Se acreditar firmemente, como ela afeta a vida do paciente e com que abrangência?"
"Se ela for ampla e forte, eu devo trabalhar nisso agora? É provável que o paciente consiga avaliá-la com objetividade suficiente neste momento? Temos tempo suficiente na sessão de hoje para começarmos a trabalhar nisto?"

Você irá começar a mudança da crença assim que possível. Quando o paciente não endossar mais essas crenças ou não acreditar nelas tão firmemente, ele será capaz de interpretar suas experiências de um modo mais realista e funcional. Entretanto, algumas crenças são profundamente arraigadas, e é aconselhável primeiro ensinar o paciente a avaliar suas cognições mais superficiais (pensamentos automáticos), para que ele possa aprender que simplesmente o fato de ele achar ou acreditar em algo não significa necessariamente que seja verdade. A modificação da crença é trabalho relativamente fácil com alguns pacientes e muito mais difícil com outros. A modificação de crenças intermediárias é geralmente realizada antes da modificação das crenças nucleares, já que estas últimas podem ser muito rígidas.

Educando o Paciente Sobre as Crenças

Após a identificação de uma crença importante e verificação de que o paciente acredita firmemente nela, você poderá se decidir por educar o paciente sobre a natureza das crenças em geral, usando uma crença específica como exemplo. Você pode enfatizar que existe uma gama de crenças potenciais que ele poderia adotar e que as crenças são aprendidas, não inatas, e podem ser revisadas.

TERAPEUTA: Ok, já identificamos algumas das suas crenças: "É terrível realizar um trabalho medíocre", "Eu tenho que fazer tudo muito bem", "Se eu fizer menos do que dar o melhor de mim, eu sou um fracasso". Onde você acha que aprendeu essas ideias?

PACIENTE: Durante o crescimento, eu acho.

TERAPEUTA: Todos têm essas mesmas crenças?

PACIENTE: (*Pensa*) Não. Algumas pessoas não parecem se importar.

TERAPEUTA: Você consegue pensar em alguém especificamente que parece ter crenças diferentes?

PACIENTE: Bem, uma delas é a minha prima Emily.

TERAPEUTA: Que crença ela tem?

PACIENTE: Acho que ela pensa que não tem problema em ser medíocre. Ela está mais interessada em se divertir.

TERAPEUTA: Então ela aprendeu crenças diferentes?

PACIENTE: Acho que sim.

TERAPEUTA: Bem, a má notícia é que você atualmente tem um conjunto de crenças que não estão lhe trazendo muita satisfação, certo? A boa notícia é que, já que você *aprendeu* esse conjunto de crenças atuais, poderá desaprendê-las e aprender outras – talvez não tão extremas quanto as de Emily, mas em um ponto intermediário entre as dela e as suas. O que lhe parece?

Transformando Regras e Atitudes para a Forma de Pressuposto

Geralmente, é mais fácil para o paciente ver a distorção e testar a crença intermediária que está na forma de pressuposto do que uma crença intermediária que está na forma de uma regra ou atitude. Tendo identificado uma regra ou atitude, você usará a técnica da seta descendente para verificar o seu significado.

TERAPEUTA: Então você acredita firmemente que deveria fazer as coisas por conta própria [regra] e que é terrível pedir ajuda [atitude]. O que *significa* para você pedir ajuda, por exemplo, com seu trabalho acadêmico, em vez de fazê-lo sozinha?

PACIENTE: Significa que eu sou incompetente.

TERAPEUTA: O quanto você acredita nesta ideia agora: "Se eu pedir ajuda, sou incompetente"?

A avaliação lógica desse pressuposto condicional mediante o questionamento e outros métodos geralmente cria maior dissonância cognitiva do que a avaliação da regra ou atitude. É mais fácil para Sally reconhecer a distorção e/ou disfuncionalidade no pressuposto "Se eu pedir ajuda, significa que sou incompetente" do que na sua regra "Eu não devo pedir ajuda".

Examinando as Vantagens e as Desvantagens das Crenças

Costuma ser útil o paciente examinar as vantagens e as

desvantagens de continuar a manter uma dada crença. Você, então, se empenha em minimizar ou minar as vantagens e reforçar as desvantagens. (Um processo similar foi descrito anteriormente na seção sobre a avaliação da utilidade de pensamentos automáticos, na página 196.)

TERAPEUTA: Quais são as *vantagens* de acreditar que se você não der o melhor de si vai ser um fracasso?

PACIENTE: Bem, isso pode me fazer trabalhar com mais dedicação.

TERAPEUTA: Seria interessante ver se você na verdade *precisa* de uma crença tão extrema para se manter trabalhando com afinco. Voltaremos a essa ideia mais tarde. Alguma outra vantagem?

PACIENTE: ...Não, não que eu consiga lembrar.

TERAPEUTA: Quais são as *desvantagens* de acreditar que você será um fracasso se não der o melhor de si?

PACIENTE: Bem, eu me sinto infeliz quando não me saio bem nas provas... eu fico muito nervosa antes das apresentações... tenho menos tempo para fazer outras coisas que eu gosto porque fico muito ocupada estudando...

TERAPEUTA: E isso tira de você um pouco do próprio prazer de estudar e aprender?

PACIENTE: Ah, com certeza.

TERAPEUTA: Ok. Então, por um lado, na verdade pode ser ou pode não ser verdade que essa crença seja a única coisa que faz você trabalhar com muita dedicação. Por outro lado, essa crença de ter que estar sempre no máximo do seu potencial faz você se sentir infeliz quando não é ótima, deixa você mais nervosa do que o necessário antes das apresentações, atrapalha o seu prazer no trabalho e impede você de fazer outras coisas de que gosta. É isso mesmo?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: É essa a ideia, então, que você gostaria de mudar?

Formulando uma Nova Crença

Para decidir quais estratégias usar para modificar determinada crença, você formula claramente para si mesmo uma crença mais adaptativa. Pergunte-se: "Que crença seria mais funcional para o paciente?".

A Figura 13.5, por exemplo, lista as crenças atuais de Sally e as novas crenças que eu tenho em mente. Embora a construção de uma

nova crença seja um processo *colaborativo*, você formula mentalmente uma série de crenças mais razoáveis para que possa escolher de forma adequada estratégias para alterar a antiga crença.

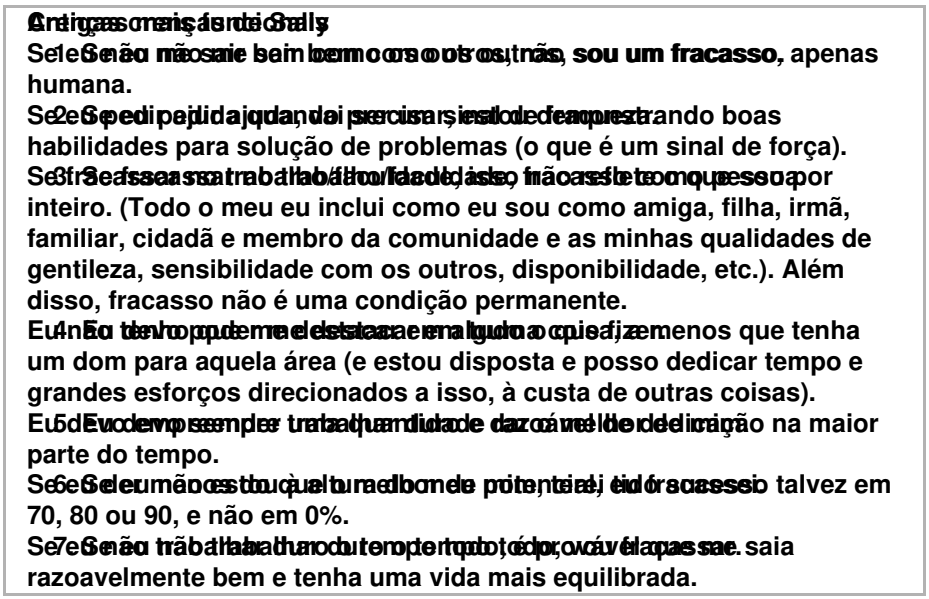


FIGURA 13.5. Formulação de Crenças mais Funcionais.

Para resumir, antes de tentar modificar a crença de um paciente, confirme se ela é uma crença nuclear fortemente arraigada e formule em sua mente uma crença mais funcional menos rígida que esteja tematicamente *relacionada* à disfuncional, mas que você ache que é mais realista e adaptativa para o paciente. Você não impõe essa crença ao paciente, mas orienta-o de maneira colaborativa, usando o questionamento socrático, a construir uma crença alternativa. Você também pode educá-lo sobre a natureza das crenças (p. ex., que elas são ideias, não necessariamente verdades; que elas podem ser aprendidas e, portanto, desaprendidas; que elas podem ser avaliadas e modificadas) e/ou pode ajudá-lo a avaliar as vantagens e as desvantagens de continuar apegado à crença.

MODIFICANDO CRENÇAS

Inúmeras estratégias são úteis na modificação de crenças intermediárias e nucleares. (Outras técnicas para modificar crenças nucleares são apresentadas em mais detalhes no próximo capítulo.) Algumas crenças podem mudar com facilidade, mas muitas demandam esforço conjunto durante bastante tempo. Você continua a perguntar ao paciente o quanto ele acredita atualmente em determinada crença (0-100%), tanto no aspecto "intelectual" quanto "emocional", para avaliar se é necessário trabalhar mais nessa crença.

Geralmente, não é possível nem necessariamente desejável reduzir os graus de crença a 0%. Saber quando parar de trabalhar em uma crença é, portanto, uma questão de julgamento. Em geral, as crenças já foram suficientemente atenuadas quando o paciente as endossa menos de 30%, e é provável que ele continue a modificar seu comportamento disfuncional apesar de ainda se apegar a um resíduo da crença.

É aconselhável que o paciente acompanhe, nas suas anotações da terapia, as crenças que já examinou. Um formato útil inclui a crença disfuncional; a crença nova, mais funcional; e a intensidade de cada crença, expressa em porcentagem, como no exemplo a seguir:

> *Antiga crença:* "Se eu não tiver alto rendimento, serei um fracasso." (50%)
> *Nova crença:* "Eu somente serei um fracasso se de fato fracassar em quase tudo." (80%)

Uma prescrição típica de exercício é ler e reclassificar diariamente a intensidade com que o paciente endossa as duas crenças.

As técnicas para modificar crenças estão listadas a seguir. Algumas são as mesmas usadas para modificar pensamentos automáticos.

1. Questionamento socrático
2. Experimentos comportamentais
3. *Continuum* cognitivo
4. *Role-play* intelectual-emocional
5. Usar outros como um ponto de referência
6. Agir "como se"

7. Autoexposição

Questionamento Socrático para Modificar Crenças

Conforme ilustrado na próxima transcrição, eu uso o mesmo tipo de perguntas para examinar a crença de Sally que usei na avaliação dos seus pensamentos automáticos. Mesmo quando identifico uma crença geral, ajudo a paciente a avaliá-la no contexto de situações específicas. Essa especificidade ajuda a tornar a avaliação mais concreta e significativa e menos abstrata e intelectual.

TERAPEUTA: [resumindo o que aprenderam com a recém-concluída técnica da seta descendente] Ok, então você acredita em torno de 90% que, se pedir ajuda, isso significará que você é incompetente. É isso mesmo?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Poderia haver alguma outra forma de encarar um pedido de ajuda?

PACIENTE: Não estou certa.

TERAPEUTA: Considere a terapia, por exemplo. Você é incompetente porque veio buscar ajuda aqui?

PACIENTE: Um pouco, talvez.

TERAPEUTA: Humm. Isso é interessante porque geralmente eu vejo isso de forma oposta. É possível que na verdade seja um sinal de *força* e *competência* o fato de você ter vindo à terapia? O que teria acontecido se não tivesse vindo?

PACIENTE: Eu ainda estaria puxando as cobertas e tapando a cabeça.

TERAPEUTA: Você está sugerindo que pedir ajuda adequada quando você tem uma doença como a depressão é uma coisa mais competente a ser feita do que permanecer deprimida?

PACIENTE: É... acho que sim.

TERAPEUTA: Bem, digamos que nós temos duas estudantes universitárias deprimidas. Uma procura tratamento, e a outra não, mas continua a ter sintomas depressivos. Qual delas você considera mais competente?

PACIENTE: Bem, a que busca ajuda.

TERAPEUTA: E agora, que tal outra situação que você já mencionou – seu trabalho voluntário. Mais uma vez, temos duas estudantes universitárias. Esta é a primeira experiência delas como tutora.

Elas não estão seguras quanto a o que fazer porque nunca fizeram isso antes. Uma procura ajuda, a outra não, mas continua a ter dificuldades. Quem é mais competente?

PACIENTE: (*hesitante*) A que procura ajuda?

TERAPEUTA: Você tem certeza?

PACIENTE: (*Pensa por um momento*) É. Não é um sinal de competência simplesmente lutar contra as dificuldades se você pode obter ajuda e fazer melhor.

TERAPEUTA: O quanto você acredita nisso?

PACIENTE: Bastante – 80%.

TERAPEUTA: E como estas duas situações – terapia e ajuda no trabalho voluntário – aplicam-se a você?

PACIENTE: Eu acho que se aplicam.

TERAPEUTA: Então anote alguma coisa a respeito disso... Vamos chamar a primeira ideia de "antiga crença" – então, o que você disse?

PACIENTE: Se eu pedir ajuda, eu sou incompetente.

TERAPEUTA: O quanto você acredita nisso agora?

PACIENTE: Menos. Talvez 40%.

TERAPEUTA: Ok, escreva 40% ao lado dela.

PACIENTE: (*Faz isso*)

TERAPEUTA: Agora escreva "nova crença". Como você escreveria isso?

PACIENTE: Se eu pedir ajuda, não sou incompetente?

TERAPEUTA: Você não parece convencida. Seria melhor se dissesse "Se eu pedir ajuda quando for razoável, isso será um sinal de competência"?

PACIENTE: Sim. (*Escreve isso*)

TERAPEUTA: O quanto você acredita na nova crença agora?

PACIENTE: Muito... (*Lê e pondera sobre a nova crença*) Talvez de 70 a 80%. (*Anota isso*)

TERAPEUTA: Ok, Sally, voltaremos a essas crenças posteriormente. Que tal se você fizer duas coisas como exercício de casa? Uma é ler essas crenças todos os dias e classificar o quanto acredita nelas – na verdade, anotar a porcentagem ao lado de cada crença.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: [dando uma justificativa] Anotar o quanto acredita nelas fará você realmente pensar nelas. É por isso que eu não disse para simplesmente lê-las.

PACIENTE: Ok. (*Anota a prescrição*)

TERAPEUTA: Em segundo lugar, nesta semana, você poderia ficar alerta a outras situações em que seria razoável que você *pudesse* pedir ajuda. Isto é, vamos imaginar que você acredita 100% na nova crença, que pedir ajuda por um motivo razoável é um sinal de competência. Quando, durante esta próxima semana, você poderia pedir ajuda? Anote essas situações.

PACIENTE: Ok.

No segmento anterior, eu uso o questionamento socrático em situações específicas para ajudar Sally a avaliar uma crença intermediária. Eu julgo que as questões padrão para exame das evidências e avaliação dos resultados serão menos efetivas do que orientar Sally a desenvolver um ponto de vista alternativo. Minhas perguntas são muito mais persuasivas e menos imparciais do que quando a ajudo a avaliar cognições mais maleáveis em nível de pensamento automático. Nós planejamos um exercício de casa que é concebido para fazer Sally continuar a refletir diariamente sobre os pressupostos disfuncionais e a nova crença.

Experimentos Comportamentais para Testar Crenças

Como ocorre com os pensamentos automáticos, você pode ajudar o paciente a criar testes comportamentais para avaliar a validade de uma crença. Os experimentos comportamentais, quando planejados e executados adequadamente, podem modificar as crenças do paciente de forma mais poderosa do que as técnicas verbais no consultório.

TERAPEUTA: Ok, Sally, já identificamos outra crença: "Se eu pedir ajuda, os outros vão me menosprezar" – e você acredita nisso 60%. É claro que na verdade *eu* não menosprezei você, não é?

PACIENTE: Não, é claro que não. Mas esse é o seu trabalho, ajudar as pessoas.

TERAPEUTA: É verdade, mas seria muito útil descobrir se outras pessoas em geral são mais como eu ou não. Como você poderia descobrir?

PACIENTE: Pedindo a ajuda de outras pessoas, eu acho.

TERAPEUTA: Ok, a quem você poderia pedir e que tipo de ajuda?

PACIENTE: Humm. Não tenho certeza.

TERAPEUTA: Você poderia pedir à sua colega de quarto?

PACIENTE: É, na verdade eu já faço isso. E acho que eu poderia pedir

ajuda para alguma coisa ao meu conselheiro acadêmico.

TERAPEUTA: Bom. E que tal a assistente de direção acadêmica?

PACIENTE: Sim. Eu também poderia pedir ao meu irmão. Não, não vou pedir à minha colega de quarto ou ao meu irmão. Eu sei que eles não iriam me menosprezar.

TERAPEUTA: Ah, então você já sabe que existem algumas exceções?

PACIENTE: Sim. Mas acho que eu poderia ir até o meu conselheiro acadêmico ou o monitor de curso.

TERAPEUTA: Para o quê voce poderia pedir ajuda?

PACIENTE: Bem, para os monitores… eu poderia fazer perguntas sobre os trabalhos que tenho que entregar ou sobre as leituras. Para o conselheiro acadêmico, eu não sei. A assistente de direção acadêmica... eu me sentiria meio estranha indo até ela. Eu nem mesmo sei em que eu quero me especializar.

TERAPEUTA: Esse seria um experimento interessante – pedir ajuda para decidir sobre a especialização a uma pessoa cuja função é ajudar os alunos a tomar esses tipos de decisões.

PACIENTE: É verdade...

TERAPEUTA: Então você poderia matar dois coelhos com uma cajadada – testar a crença de que você seria menosprezada *e* receber orientação para um problema que você tem na vida real.

PACIENTE: Acho que eu poderia.

TERAPEUTA: Bom. Então você gostaria de testar a crença: “Se eu pedir ajuda aos outros, eles vão me menosprezar”? Como você gostaria de fazer isso nesta semana?

No segmento anterior, sugeri um experimento comportamental para testar uma crença. Se eu tivesse percebido que Sally se sentia hesitante, eu teria lhe perguntado sobre a probabilidade de ela realizar o experimento e que problemas práticos ou pensamentos poderiam atrapalhá-la. Eu também faria com ela um ensaio encoberto (veja o Capítulo 17) para aumentar a probabilidade de que seguisse em frente. Além disso, se eu julgasse que havia a possibilidade de outras pessoas menosprezarem Sally, poderia ter discutido antes o que tal menosprezo significaria para ela e como poderia enfrentar a situação se isso realmente acontecesse. Além disso, eu teria pedido a Sally uma descrição de menosprezo para me assegurar de que ela não perceberia inadequadamente o comportamento de outra pessoa como se a estivesse menosprezando, sem que esta, na realidade, tivesse tal intenção.

Para uma descrição e discussão mais abrangente dos experimentos comportamentais, veja Bennett-Levy e colaboradores (2004).

Continuum *Cognitivo para Modificar Crenças*

Essa técnica é útil para modificar pensamentos automáticos e crenças que refletem um pensamento polarizado (i. e., quando o paciente avalia alguma coisa em termos de tudo ou nada). Sally, por exemplo, acreditava que se não fosse uma aluna superior, ela seria um fracasso. A construção de um *continuum* cognitivo para o conceito em questão facilita que o paciente reconheça um meio-termo, conforme ilustra a transcrição seguinte.

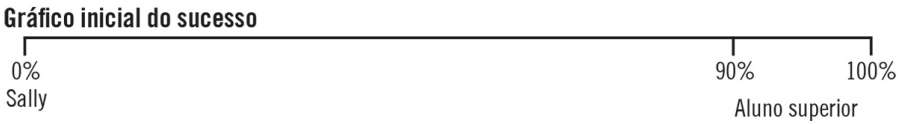
TERAPEUTA: Ok, você acredita fortemente que, se não for uma aluna superior, será um fracasso. Vamos ver como é isso em um gráfico. (*Desenha uma linha numerada*)

TERAPEUTA: Então, onde se localiza uma aluna superior?

PACIENTE: Bem aqui. Acho que em 90 a 100%.

TERAPEUTA: Ok. E você como um fracasso. Onde se localiza?

PACIENTE: Em 0%, eu acho.



TERAPEUTA: Agora, mais realisticamente, existe mais alguém que pertença a 0% além de você?

PACIENTE: Humm... Talvez aquele rapaz, Jack, que está na minha aula de Economia. Eu sei que ele está se saindo pior do que eu.

TERAPEUTA: Ok. Vamos colocar Jack em 0%. Mas, imagino que tenha alguém que esteja ainda pior do que Jack?

PACIENTE: Provavelmente.

TERAPEUTA: É possível que haja alguém que esteja fracassando em quase todas as provas e trabalhos?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Ok, então se colocarmos essa pessoa em 0%, um verdadeiro fracasso, onde isso posicionaria Jack? Onde você se posicionaria?

PACIENTE: Provavelmente Jack está em 30%, e eu, em 50%.

TERAPEUTA: E quanto a uma pessoa que na verdade esteja fracassando em *tudo* e, ainda por cima, não esteja comparecendo às aulas nem fazendo as leituras ou entregando os trabalhos?

PACIENTE: Acho que *ela* estaria em 0%.

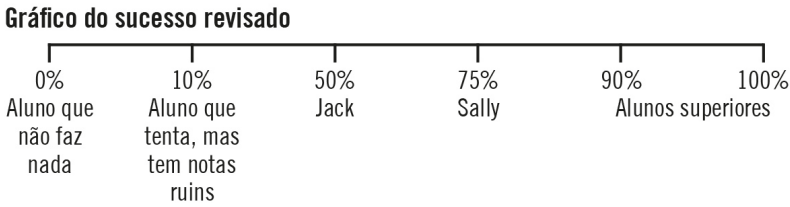
TERAPEUTA: Onde isso coloca o aluno que está pelo menos tentando,

mas não tem bons resultados?

PACIENTE: Acho que seria em 10%.

TERAPEUTA: Onde isso coloca Jack?

PACIENTE: Jack vai para uns 50%; acho que eu vou para uns 75%.



TERAPEUTA: Que tal se, como exercício de casa, revisasse se mesmo esses 75% representam uma porcentagem adequada para você? Mesmo que seja em relação a essa faculdade, talvez para as faculdades e alunos em geral, você se posicionaria em um nível mais alto. De qualquer forma, o quanto está adequado chamar de fracassado alguém que está em uma marca de 75%?

PACIENTE: Não muito.

TERAPEUTA: Talvez a *pior* coisa que se possa dizer é que essa pessoa tem 75% de sucesso.

PACIENTE: É (*Fica visivelmente animada*)

TERAPEUTA: Ok, voltando à sua ideia original, o quanto você acredita agora que, se não for uma aluna superior, será uma fracassada?

PACIENTE: Não tanto quanto antes. Talvez uns 25%.

TERAPEUTA: Bom!

A técnica do *continuum* cognitivo é geralmente útil quando o paciente está apresentando pensamento dicotômico. Como na maioria das técnicas, você pode ensinar diretamente ao paciente como empregá-la para que ele possa usá-la quando for aplicável:

TERAPEUTA: Sally, vamos examinar o que fizemos aqui. Nós identificamos um erro de tudo ou nada no seu pensamento. Depois, desenhamos uma linha numerada para vermos se realmente havia apenas duas categorias – sucesso e fracasso – ou se teria mais precisão se considerássemos *graus* de sucesso. Você consegue pensar em alguma outra coisa que você enquadra somente em duas categorias e que lhe causa sofrimento?

Role-play *Intelectual-Emocional*

Essa técnica, também chamada de ponto-contraponto (Young, 1999), costuma ser empregada depois que você experimentou outras técnicas, como as descritas neste capítulo. Ela é particularmente útil quando o paciente diz que *intelectualmente* ele consegue perceber que uma crença é disfuncional, mas que *emocionalmente* ou no seu íntimo ainda a "sente" como verdade. Primeiro, você apresenta uma justificativa para pedir que o paciente represente a parte "emocional" da sua mente que apoia, de forma intensa a crença disfuncional, enquanto você desempenha o papel da parte "intelectual". No segundo segmento, vocês invertem os papéis. Observe que em ambos os segmentos você e o paciente falam como se fossem o paciente; isto é, vocês dois usam o pronome "Eu".

TERAPEUTA: A partir do que está dizendo, parece que você ainda acredita até certo ponto que seja incompetente porque não se saiu tão bem quanto gostaria na faculdade no último semestre.

PACIENTE: É.

TERAPEUTA: Eu gostaria de entender um pouco melhor que evidências você ainda tem que apoiam a sua crença.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Podemos fazer uma dramatização? Eu represento a parte "intelectual" da sua mente, que intelectualmente sabe que simplesmente porque você não tirou "A" em todas provas, não significa que você seja totalmente incompetente. Eu gostaria que você representasse a parte "emocional" da sua mente, aquela voz do seu interior que ainda acredita que realmente você é incompetente. Eu quero que você argumente contra mim, sendo o mais incisiva que puder, para que eu realmente veja o que está mantendo essa crença. Certo?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Ok, você começa. Diga: "Eu sou incompetente porque não tirei 'A' em tudo".

PACIENTE: Eu sou incompetente porque não tirei "A" em tudo.

TERAPEUTA: Não, eu não sou. Eu tenho uma *crença* de que sou incompetente, mas eu sou razoavelmente competente a maior parte do tempo.

PACIENTE: Não, eu não sou. Se eu fosse verdadeiramente competente, eu teria tirado "A" em tudo no último semestre.

TERAPEUTA: Isso não é verdade. Competência não é igual a perfeição acadêmica total. Se isso fosse verdade, apenas 1% dos alunos no mundo seriam competentes, e todos os outros seriam incompetentes.

PACIENTE: Bem, eu tirei um "C" em Química. Isto *prova* que eu sou incompetente.

TERAPEUTA: Isso também não está correto. Se eu tivesse rodado no curso, *talvez* fosse razoável dizer que eu não fui competente em Química, mas isso não me torna incompetente em *tudo*. Além disso, quem sabe eu seja mesmo incompetente em Química, mas tenha sido reprovada por outras razões; por exemplo, eu estava deprimida e não conseguia me concentrar nos estudos.

PACIENTE: Mas para começo de conversa, uma pessoa verdadeiramente competente não ficaria deprimida.

TERAPEUTA: Na verdade, mesmo as pessoas verdadeiramente competentes ficam deprimidas. Não existe conexão entre essas duas coisas. E, quando pessoas verdadeiramente competentes ficam deprimidas, a concentração e a motivação delas certamente são afetadas, e elas não têm um desempenho tão bom quanto normalmente. Mas isso não significa que elas são totalmente incompetentes.

PACIENTE: Acho que é verdade. Elas só estão deprimidas.

TERAPEUTA: Você está certa, mas saiu do seu papel. Mais alguma evidência de que você seja completamente incompetente?

PACIENTE: (*Pensa por um momento*) Não, acho que não.

TERAPEUTA: Bem, que tal invertermos os papéis agora, e, desta vez, com você sendo a parte "intelectual" que discute com a minha parte "emocional"? E eu vou usar os mesmos argumentos seus.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Eu começo. "Eu sou incompetente porque não tirei 'A' em tudo."

A inversão de papéis propicia ao paciente uma oportunidade de falar com a voz intelectual que você acabou de apresentar como modelo. Você utiliza o mesmo raciocínio emocional e as mesmas palavras que o paciente usou. Usar as próprias palavras dele e não introduzir material novo ajuda o paciente a responder mais precisamente às suas preocupações específicas.

Caso o paciente não consiga formular uma resposta quando estiver no papel intelectual, vocês poderão trocar os papéis temporariamente ou sair do papel para discutir o ponto que está emperrado. Como ocorre com qualquer técnica de modificação de crenças, você irá avaliar sua efetividade e até que ponto o paciente precisa trabalhar mais na crença. Você faz isso pedindo que o paciente classifique o quanto ele acredita na crença após a intervenção.

Muitos pacientes acham útil a dramatização intelectual-emocional.

Entretanto, poucos se sentem confortáveis ao colocarem-na em prática. Como em qualquer outra intervenção, a decisão de usá-la deve ser colaborativa. Como se trata de uma técnica um tanto argumentativa, preste atenção especial às reações não verbais do paciente durante a dramatização. Também tome cuidado para que o paciente não se sinta criticado ou denegrido pela avaliação da parte intelectual da sua mente em relação à parte emocional.

Usando Outra Pessoa como Ponto de Referência na Modificação de Crenças

Quando o paciente considera as crenças de *outra* pessoa, ele geralmente fica com um distanciamento psicológico das próprias crenças disfuncionais. Ele começa a perceber uma inconsistência entre o que acredita ser verdade ou certo para si e o que ele acredita que seja verdade para outra pessoa. A seguir, apresento quatro exemplos do uso de uma pessoa como ponto de referência para obter distanciamento.

Exemplo 1

TERAPEUTA: Sally, você mencionou, na semana passada, que acha que sua prima Emilly tem uma crença diferente sobre ter que fazer tudo muito bem.

PACIENTE: É.

TERAPEUTA: Você poderia colocar em palavras o que acha que é a crença dela?

PACIENTE: Ela não acha que tenha que fazer o máximo. Ela é uma pessoa legal, independentemente disso.

TERAPEUTA: Você acha que ela está certa? Que ela não tem que ser o máximo para ser uma pessoa boa?

PACIENTE: Ah, sim.

TERAPEUTA: Você a vê como totalmente incompetente?

PACIENTE: Ah, não. Ela pode não tirar boas notas, mas é competente de muitas outras formas.

TERAPEUTA: Eu me pergunto se a crença de Emilly poderia se aplicar a você: “Se eu não for o máximo, ainda serei uma pessoa boa e competente”.

PACIENTE: Hummm.

TERAPEUTA: Existe alguma coisa diferente em Emilly que faz ela ser boa e competente, não importando como se sai no âmbito acadêmico, mas que você não tem?

PACIENTE: (*Pensa por um momento*) Não. Acho que não. Acho que na verdade eu nunca havia pensado dessa maneira.

TERAPEUTA: O quanto você acredita nisto agora: "Se eu não for o máximo, serei incompetente"?

PACIENTE: Menos, talvez uns 60%.

TERAPEUTA: E o quanto você acredita nesta nova crença: "Se eu não for o máximo, ainda sou uma pessoa boa e competente"?

PACIENTE: Mais do que antes. Talvez uns 70%.

TERAPEUTA: Bom. Que tal se você anotasse a nova crença e começasse a fazer uma lista das evidências que a apoiam?

Nesse momento, você pode introduzir a Planilha de Crenças Nucleares, descrita no Capítulo 14, que pode ser usada tanto para as crenças nucleares quanto para as intermediárias.

Exemplo 2

Outra maneira de ajudar o paciente a modificar uma crença intermediária ou nuclear é fazer ele identificar mais alguém que claramente pareça ter a mesma crença disfuncional. Às vezes, o paciente consegue ver a distorção no pensamento de outra pessoa e aplica esse *insight* para si. Essa técnica é análoga à pergunta do Registro de Pensamentos: "Se [nome de um amigo] estivesse nesta situação e tivesse esse pensamento, o que você lhe diria?".

TERAPEUTA: Existe alguma outra pessoa que você conheça que tem a mesma crença: "Se eu não trabalhar com muita dedicação, vou fracassar"?

PACIENTE: Tenho certeza de que a minha amiga Rebecca, do tempo do colégio, acredita nisso. Ela está sempre estudando, dia e noite.

TERAPEUTA: O quanto você acredita que essa crença é adequada para ela?

PACIENTE: Ah, de jeito nenhum. Ela é brilhante. Ela provavelmente não conseguiria rodar mesmo que tentasse.

TERAPEUTA: É possível que ela também considere um fracasso tirar qualquer nota mais baixa do que "A"?

PACIENTE: Sim, eu sei que ela considera.

TERAPEUTA: E você concorda com ela, que se tirar um “B” ela fracassou?

PACIENTE: Não, é claro que não.

TERAPEUTA: Como você encararia isso?

PACIENTE: Ela tirou um “B”. Uma boa nota, não a melhor, mas não um *fracasso*.

TERAPEUTA: Que crença você gostaria que ela tivesse?

PACIENTE: É bom trabalhar com dedicação e tirar “A”, mas não vai ser o fim do mundo se você não tirar. E isso não significa que você fracassou.

TERAPEUTA: E como tudo isso se aplica a você?

PACIENTE: Hummm. Acho que é a mesma coisa.

TERAPEUTA: Você poderia dizer o que é a mesma coisa?

PACIENTE: Que se eu não tirar “A”, eu não fracassei. Mas eu ainda acho que devo trabalhar com muita dedicação.

TERAPEUTA: Com certeza. É razoável querer trabalhar com dedicação e se sair bem. A parte que não é razoável é acreditar que você fracassou se não saiu perfeito. Você concorda com isso?

Exemplo 3

Você também pode fazer um *role-play* com o paciente, no qual o instrui a convencer outra pessoa de que a crença que ambos compartilham é inválida para essa outra pessoa.

TERAPEUTA: Sally, você diz que acha que a sua colega de quarto também acredita que ela não deve buscar a ajuda de um professor porque ele poderia pensar que ela é despreparada ou não é suficientemente inteligente?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Você concorda com ela?

PACIENTE: Não. Ela provavelmente está errada. Mas, mesmo que ele seja crítico, isso não significa que ele esteja certo.

TERAPEUTA: Podemos tentar dramatizar isso? Eu vou ser a sua colega de quarto, e você me dá conselhos.

PACIENTE: Certo.

TERAPEUTA: Eu vou começar. Sally, eu não entendo este negócio. O que eu devo fazer?

PACIENTE: Procure o professor.

TERAPEUTA: Ah, eu não poderia fazer isso. Ele vai pensar que eu sou burra. Ele vai pensar que eu estou desperdiçando o tempo dele.

PACIENTE: Mas esse é o trabalho dele, ajudar os alunos.

TERAPEUTA: Mas provavelmente ele não gosta que os alunos o incomodem.

PACIENTE: Mas é para isso que ele é pago. De qualquer maneira, os bons professores gostam de ajudar os alunos. Se ele for impaciente, isso quer dizer algo a respeito ele, não de você.

TERAPEUTA: Mas mesmo que ele não se importe em me ajudar, ele vai descobrir como eu estou confusa.

PACIENTE: Não tem problema. Ele não vai esperar que você saiba tudo. É por isso que você vai procurá-lo.

TERAPEUTA: E se ele achar que eu sou burra?

PACIENTE: Antes de mais nada, você não estaria aqui se fosse burra. Em segundo lugar, se ele realmente espera que você saiba tudo, ele está enganado. Se você soubesse tudo, não estaria fazendo este curso.

TERAPEUTA: Eu ainda acho que não devo ir.

PACIENTE: Não, você deve. Não deixe que a atitude esnobe dele faça você sentir como se o estivesse coagindo ou que se sinta burra. Você não é.

TERAPEUTA: Ok. Estou convencida. Agora, fora do papel, que coisas entre as que você disse à sua colega de quarto se aplicam a você?

Exemplo 4

Por fim, muitos pacientes conseguem obter distanciamento de uma crença usando seus próprios filhos (ou crianças que eles conhecem) como ponto de referência ou imaginando que têm filhos.

TERAPUTA: Sally, quer dizer que você acredita 80% que se não se sair tão bem quanto os outros, então você fracassou?

PACIENTE: É.

TERAPEUTA: Será que você consegue imaginar que tem uma filha? Ela tem 10 anos, está na 6a série e, certo dia, chega em casa muito incomodada porque seus amigos tiraram "A" em um teste, enquanto ela tirou "C". Você iria querer que ela acreditasse que é um fracasso?

PACIENTE: Não, é claro que não.

TERAPEUTA: Por que não?... Em que você gostaria que ela

acreditasse? (*Sally responde*) Então, como o que acabou de dizer se aplica a você?

Agindo "Como Se"

Mudanças nas crenças sempre levam a mudanças correspondentes no comportamento, e mudanças no comportamento, por sua vez, geralmente levam a mudanças correspondentes na crença. Se uma crença for razoavelmente fraca, o paciente conseguirá mudar um comportamento-alvo com facilidade e rapidamente, sem muita intervenção cognitiva. Muitas crenças requerem modificação antes que o paciente esteja disposto a mudar comportamentalmente. No entanto, costuma ser necessária apenas *alguma* modificação da crença, não a crença completa. E, quando o paciente começa a mudar seu comportamento, a própria crença fica um pouco mais atenuada (o que facilita a continuação do novo comportamento, que atenua ainda mais a crença e assim por diante, em uma espiral positiva ascendente).

TERAPEUTA: Ok, Sally, o quanto você acredita *agora* que pedir ajuda é um sinal de fraqueza?

PACIENTE: Não tanto. Talvez uns 50%.

TERAPEUTA: É uma boa redução. Seria benéfico para você agir como se não acreditasse mais nisso?

PACIENTE: Não tenho certeza se entendi o que você quer dizer.

TERAPEUTA: Se você não achasse que isso é um sinal de fraqueza, de verdade, se acreditasse que é *bom* pedir ajuda, o que faria nesta semana?

PACIENTE: Bem, nós já falamos sobre eu ir procurar o monitor de aula. Acho que se eu realmente achasse que seria *bom* pedir ajuda, eu faria.

TERAPEUTA: Mais alguma coisa?

PACIENTE: Eu poderia tentar encontrar um tutor em Economia... Eu poderia pedir emprestadas as anotações do rapaz no fim do corredor...

TERAPEUTA: Isso é bom. E que coisas positivas poderiam acontecer se você fizesse algumas dessas coisas?

PACIENTE: (*Ri*) Eu poderia ter a ajuda de que preciso.

TERAPEUTA: Você acha que está pronta nesta semana para agir com se acreditasse que pedir ajuda é uma coisa boa?

PACIENTE: Talvez.

TERAPEUTA: Ok, daqui a pouco, vamos descobrir que pensamentos poderiam estar no caminho, mas, primeiramente, que tal se você anotasse essas ideias que teve? Você gostaria de anotar essa técnica para continuar a experimentar? Agir *como se* você acreditasse na nova crença, mesmo que não totalmente.

Essa técnica de agir "como se" é igualmente aplicável a crenças nucleares, assim como as técnicas de modificação de crenças intermediárias apresentadas anteriormente.

Usando a Autoexposição para Modificar Crenças

O uso adequado e criterioso da autoexposição pode ajudar alguns pacientes a encarar seus problemas ou crenças de maneira diferente. A autoexposição, obviamente, deve ser genuína e relevante:

TERAPEUTA: Sabe, Sally, quando eu estava na universidade, eu tinha dificuldade em procurar a ajuda dos professores porque também achava que estaria mostrando a minha ignorância. E, para dizer a verdade, nas poucas vezes em que acabei fazendo isso, eu tive resultados variados. Algumas vezes, os professores foram muito gentis e úteis; em outras, porém, foram muito rudes e apenas me disseram para reler um capítulo ou algo parecido. A questão é: só porque eu não entendi alguma coisa não significava que eu era incompetente. E quanto aos professores que foram rudes – bem, eu acho que aquilo falou muito mais sobre eles do que sobre mim. (*pausa*) O que você acha?

Em resumo, você ajuda o paciente a *identificar* crenças intermediárias reconhecendo quando uma crença foi expressa como um pensamento automático, apresentando parte de um pressuposto, evocando diretamente uma regra ou atitude, usando a técnica da seta descendente, procurando temas em comum entre os pensamentos automáticos do paciente e/ou revisando um questionário de crenças preenchido por ele. A seguir, determina o quanto a crença é *importante*, averiguando a intensidade com que o paciente acredita nela e o quanto ela afeta mais ampla e intensamente o seu funcionamento. Então, você decide se começa a tarefa de *modificação* na sessão em curso ou espera por sessões futuras. Ao começar o trabalho de modificação da crença, você *educa* o paciente sobre a natureza das crenças, *transforma regras e atitudes para a forma de um pressuposto* e explora as *vantagens e desvantagens* de uma determinada crença. Mentalmente, você *formula uma crença nova e mais funcional* e

guia o paciente para que ele a adote por meio de muitas *técnicas de modificação de crenças*, incluindo o questionamento socrático, experimentos comportamentais, *continuum* cognitivo, *role-play* intelectual-emocional, o uso de outras pessoas como ponto de referência, agir "como se" e autoexposição. Algumas dessas técnicas são mais persuasivas do que o questionamento socrático padrão de pensamentos automáticos porque as crenças estão muito mais rigidamente arraigadas. Essas mesmas técnicas também podem ser usadas para modificar crenças nucelares.

Capítulo 14

IDENTIFICANDO E MODIFICANDO CRENÇAS NUCLEARES

As crenças nucleares, conforme descrito no Capítulo 3, são as ideias mais centrais que o indivíduo tem sobre si. Alguns autores se referem a essas crenças como esquemas. Beck (1964) diferencia os dois, sugerindo que os esquemas são estruturas cognitivas dentro da mente, cujo conteúdo específico são as crenças nucleares. Além do mais, ele teoriza que as crenças nucleares negativas se enquadram essencialmente em duas amplas categorias: aquelas associadas ao desamparo e as associadas à incapacidade de ser amado (Beck, 1999). Uma terceira categoria, associada a desvalor, também já foi descrita (J. S. Beck, 2005). Alguns pacientes apresentam crenças nucleares que se enquadram em uma das categorias; outros têm crenças nucleares em duas ou todas as três categorias.

As pessoas desenvolvem essas crenças desde uma idade precoce, quando crianças, com sua predisposição genética para determinados traços de personalidade, interagem com pessoas significativas e deparam-se com uma série de situações. Em boa parte das suas vidas, a maioria das pessoas mantém crenças nucleares relativamente positivas e realistas (p. ex., “Eu estou essencialmente no controle”, “Eu consigo fazer a maioria das coisas com competência”, “Eu sou um ser humano funcional”, “Eu sou digno de estima”, “Eu tenho valor”). As crenças nucleares negativas podem vir à superfície apenas durante momentos de sofrimento psicológico. (Alguns pacientes com transtorno da personalidade, no entanto, podem ter crenças nucleares negativas ativadas quase continuamente.) Com frequência, diferentemente dos pensamentos automáticos, as crenças nucleares

que o paciente “sabe” que são verdadeiras a seu respeito não são completamente articuladas até que você remova as camadas, continuando a perguntar sobre o significado dos seus pensamentos.

É importante observar que os pacientes também podem ter crenças nucleares negativas a respeito de outras pessoas e do seu mundo: “As pessoas não são confiáveis”, “Outras pessoas vão me magoar”, “O mundo é um lugar mau”, “O mundo é perigoso”. Ideias fixas, supergeneralizadas como estas frequentemente precisam ser avaliadas e modificadas, além das crenças nucleares a respeito de si mesmo.

Antes de Sally ficar deprimida, ela reconhecia quando estava atuando de forma competente e interpretava os sinais de possível incompetência como situações específicas. Quando, por exemplo, recebeu uma nota mais baixa do que esperava em um trabalho no ensino médio, tomou isso como um exemplo de inadequação, mas não interpretou essa situação com um significado de que ela fosse uma pessoa incompetente de modo geral.

À medida que Sally foi ficando deprimida, seu esquema positivo ficou desativado, e seu esquema negativo contendo a cognição “Eu sou incompetente” foi quase inteiramente ativado. Conforme ilustrado na Figura 3.1, ela começou a superenfatizar e supergeneralizar os dados negativos, contidos nos retângulos negativos, reforçando continuamente sua crença de que era incompetente. Ao mesmo tempo, não estava conseguindo reconhecer uma quantidade significativa de dados positivos relacionados ao seu esquema (tais como retomar suas atividades habituais, muito embora a depressão tornasse muito difícil fazer isso); esses triângulos positivos ficavam “de fora” do esquema e não eram incorporados. Sally também não valorizou muitas informações positivas por causa das interpretações das suas experiências do tipo “Sim, mas...” (“Sim, eu me saí bem no teste, mas estava fácil”, “Sim, eu ajudei o menino que eu estava acompanhando, mas tive sorte porque eu realmente não sabia o que estava fazendo”). Esses triângulos positivos foram, em essência, transformados em retângulos negativos.

Sally não estava processando as informações dessa forma disfuncional voluntariamente. Esse tipo de processamento da informação é automático e um sintoma de depressão. Reconheci que seria importante trabalhar diretamente na modificação da sua crença nuclear negativa, não somente para aliviar sua depressão atual, mas também para prevenir ou reduzir a gravidade de episódios futuros.

Certo dia, por exemplo, quando Sally estava deprimida, recebeu um “B” em um teste. Ela imediatamente entendeu esse dado com um significado de que ela era uma pessoa incompetente. Quando, no dia seguinte, recebeu um “A” por um trabalho, sua mente automaticamente descartou essa evidência positiva que era contrária à

sua crença nuclear negativa. Ela achou que a boa nota não era uma indicação de competência; na verdade, ela acreditava que era incompetente e que tinha simplesmente "enganado" o professor. Ela também não reconheceu outros dados positivos, como, por exemplo, que sempre chegava na hora a todas as aulas. (Observe que, se chegasse à aula atrasada ou faltasse, ela teria interpretado essas experiências sob um ângulo negativo, que confirmasse sua crença nuclear negativa.)

Você vai começar a trabalhar diretamente na modificação da crença o mais cedo possível no tratamento. Depois que o paciente modificou suas crenças, será menor a probabilidade de processar dados de um modo desadaptativo. Em situações específicas, ele tem pensamentos automáticos diferentes (mais adaptativos e realistas) e reações melhores. No entanto, você poderá não ter sucesso na modificação precoce de crenças se o paciente:

- Tiver crenças nucleares que sejam muito rígidas e supergeneralizadas.
- Ainda não acreditar que as cognições são ideias, e não necessariamente verdades.
- Experimentar níveis muito altos de afeto quando as crenças são identificadas ou questionadas.
- Não tiver uma aliança suficientemente forte com você (ele pode não confiar suficientemente em você, pode não percebê-lo como alguém que entende quem ele realmente é, pode se sentir invalidado pelo processo de avaliação da crença).

Nesses casos, você vai ensinar ao paciente as ferramentas para identificação, avaliação e resposta adaptativa aos pensamentos automáticos e crenças intermediárias antes de usar as mesmas ferramentas para as crenças nucleares.

Você poderá inadvertidamente tentar avaliar uma crença nuclear no início do tratamento porque ela foi expressa como um pensamento automático. Essa avaliação vai surtir pouco efeito. Em outro caso, poderá intencionalmente testar a capacidade de modificação de uma crença nuclear mesmo antes de ter trabalhado muito no nível do pensamento automático e crença intermediária.

O grau de dificuldade na identificação e modificação de crenças nucleares varia de paciente para paciente. Em geral, aquele que está em sofrimento emocional significativo consegue expressar suas crenças nucleares mais facilmente do que os outros (porque as crenças são ativadas na sessão). E, em geral, com pacientes do Eixo I, é muito mais fácil modificar as crenças nucleares negativas quando eles

tiveram suas crenças nucleares positivas compensatórias ativadas durante boa parte das suas vidas. As crenças nucleares negativas de pacientes com transtornos da personalidade costumam ser muito mais difíceis de modificar (J. S. Beck, 2005; Beck et al., 2004; Young, 1999) porque eles geralmente apresentam menos crenças nucleares positivas, suas crenças nucleares positivas são mais fracas, e eles desenvolveram uma grande quantidade de crenças nucleares negativas fortemente arraigadas que se interligam e apoiam umas às outras, como em uma rede.

Ao identificar e modificar crenças nucleares, você faz o seguinte ao longo do curso do tratamento (cada passo é descrito posteriormente neste capítulo):

1. Levanta mentalmente uma hipótese acerca de qual categoria de crença nuclear ("desamparo", "desamor" ou "desvalor") parecem ter surgido os pensamentos automáticos específicos (veja a Figura 14.1).
2. Especifica a crença nuclear (para você mesmo) usando as mesmas técnicas que você utiliza para identificar as crenças intermediárias do paciente.
3. Apresenta ao paciente sua hipótese sobre a crença nuclear, pedindo confirmação ou negação; aprimora sua hipótese sobre a crença nuclear enquanto o paciente fornece dados adicionais sobre situações atuais e da infância e suas reações a elas.
4. Educa o paciente sobre crenças nucleares em geral e sobre suas crenças nucleares específicas; guia o paciente para este monitorar a operação da crença nuclear no presente.
5. Ajuda o paciente a detalhar e fortalecer uma crença nuclear nova e mais adaptativa.
6. Começa a avaliar e modificar com o paciente a crença nuclear negativa, examinar a origem infantil da crença nuclear (se aplicável), sua manutenção ao longo dos anos e sua contribuição para as dificuldades atuais do paciente; continua a monitorar a ativação da crença nuclear no presente, usa métodos "intelectuais" e "emocionais" ou experiências para reduzir a força da crença nuclear antiga e aumentar o vigor da nova crença nuclear.

CATEGORIZANDO CRENÇAS NUCLEARES

Conforme mencionado anteriormente, as crenças nucleares dos pacientes podem ser categorizadas no âmbito do desamparo, desamor e/ou desvalor. Sempre que o paciente fornecer dados (problemas, pensamentos automáticos, emoções, comportamento, história), você "escuta" para identificar qual categoria de crença nuclear parece ter sido ativada. Por exemplo, quando Sally expressa pensamentos sobre o seu trabalho ser muito difícil, sobre sua incapacidade de se concentrar e seus temores de fracassar, eu levanto a hipótese de que está operando uma crença nuclear na categoria do desamparo. Sally menciona ocasionalmente pensamentos automáticos de que seus amigos podem não querer passar algum tempo com ela porque está deprimida. Quando utilizo a técnica da seta descendente, perguntando o que isso significa a seu respeito, ela encolhe os ombros e diz, com pouca emoção: "Eu só não vou ter ninguém com quem sair". Ela não parece ter uma crença nuclear significativa de desamor.

Outro paciente expressa constantemente pensamentos de que as outras pessoas não se importam com ele e teme que seja muito diferente dos outros para manter um relacionamento. Esse paciente apresenta uma crença nuclear na categoria do desamor. Um terceiro paciente está frustrado pela sua incapacidade de fazer os outros o escutarem. Embora seu sofrimento ocorra somente nas situações interpessoais, ele não acha que seja incapaz de ser amado; o que fica ativada é sua crença nuclear de desamparo. Por fim, um quarto paciente se sente como um ser humano sem valor, não porque não consiga realizar coisas (uma crença de desamparo), e também não tem relação com seus relacionamentos (o que possivelmente seria uma crença de desamor); ele acredita que moralmente é uma má pessoa (uma crença de desvalor).

A parte superior da Figura 14.1 lista crenças nucleares típicas da categoria de desamparo. Os temas incluem ser ineficiente em:

- Conseguir fazer as coisas ("Eu sou inadequado", "Eu sou incompetente", "Eu não consigo fazer nada direito").
- Proteger-se ("Eu sou vulnerável, fraco, impotente, sem saída").
- Realizações ("Eu sou um fracasso", "Eu não estou à altura", "Eu sou um perdedor").

A parte central da Figura 14.1 lista crenças nucleares típicas da categoria de desamor. Os temas incluem não ser gostado, não ser

desejável, não ser atraente ou ser defeituoso (não em realizações ou moralidade, mas tendo defeitos de caráter que o impedem de receber amor e carinho dos outros). A parte inferior listas crenças nucleares de desvalor. Quando o paciente tem crença nessa categoria, ele não está necessariamente preocupado com a sua eficiência ou com ser amado; ele apenas acredita que é ruim, sem valor ou até mesmo perigoso para as outras pessoas.

Às vezes, está claro a que categoria uma determinada crença nuclear pertence, especialmente quando o paciente usa palavras como "Eu sou incapaz" ou "Ninguém nunca vai me amar". Outras vezes, você poderá não saber inicialmente qual categoria de crença nuclear foi ativada. Pacientes deprimidos, por exemplo, podem dizer: "Eu não sou bom o suficiente". Você precisa investigar o significado da cognição para determinar se ele acredita que não é suficientemente bom para realizações ou para merecer respeito (categoria de desamparo) ou se ele não é suficientemente bom para que os outros o amem (categoria de desamor).

Para resumir, você começa a formular mentalmente uma hipótese sobre as crenças nucleares do paciente sempre que ele fornecer dados na forma de pensamentos automáticos (e os significados associados) e reações (emoções e comportamentos). Primeiramente, você faz uma distinção geral (para você) entre as cognições que parecem se encaixar nas categorias desamparo, desamor ou desvalor.

Crenças nucleares de desamparo
"Eu sou incompetente."
"Eu sou ineficiente."
"Eu não consigo fazer nada direito."
"Eu sou desamparado."
"Eu sou impotente." [isto é, não estou à altura dos outros].
"Eu não sou bom o suficiente" [em termos de realizações].
"Eu sou vulnerável."
"Eu sou vítima."
"Eu sou um perdedor."
Crenças nucleares de desamor
"Eu sou incapaz de ser amado."
"Eu não sou gostável" [então os outros não vão me amar].
"Eu não sou desejável" [então os outros não vão me amar].
"Eu não sou bom o suficiente" [então eu não vou ser amado pelos outros].
"Eu não sou querido."
"Ninguém se preocupa comigo."
"Eu com certeza vou ser abandonado."
"Eu com certeza vou ficar sozinho."
Crenças nucleares de desvalor
"Eu não tenho valor."
"Eu sou perigoso."
"Eu sou prejudicial."

“Eu sou inútil.”
“Eu não mereço viver.”

FIGURA 14.1. Categorias de Crenças Nucleares. Adaptada de *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don’t work.* **Copyright 2005, Judith S. Beck. New York: Guilford Press.**[1]

IDENTIFICANDO CRENÇAS NUCLEARES

Você utiliza as mesmas técnicas para identificar as crenças nucleares específicas do paciente que usou quando identificou suas crenças intermediárias (veja o Capítulo 13). Além da *técnica da seta descendente*, você procura por *temas nucleares nos pensamentos automáticos do paciente*, por *crenças nucleares expressas como pensamentos automáticos* e *evoca diretamente* a crença nuclear.

Com frequência, você vai identificar uma crença nuclear no início da terapia para conceituar o paciente e planejar o tratamento. Você pode reunir dados a respeito e até mesmo tentar ajudar o paciente a avaliar suas crenças nucleares nessa fase inicial. Em alguns casos, essa avaliação inicial será ineficaz, mas ajuda a testar a força, a abrangência e a capacidade de modificação da crença nuclear.

TERAPEUTA: O que passou pela sua cabeça quando você não conseguiu concluir o trabalho de estatística?

PACIENTE: Eu não consigo fazer nada direito. Eu nunca vou conseguir fazer este trabalho.

TERAPEUTA: [técnica da seta descendente] E se isso for verdade, que você não consegue fazer nada direito e não consegue fazer o trabalho, o que significa?

PACIENTE: [crença nuclear] Eu não tenho jeito. Sou tão incompetente.

TERAPEUTA: O quanto você acredita ser incompetente?

PACIENTE: Ah, 100%.

TERAPEUTA: E o quanto você é incompetente: um pouco, muito?

PACIENTE: Completamente. Eu sou completamente incompetente.

TERAPEUTA: Em todos os aspectos?

PACIENTE: Quase tudo.

TERAPEUTA: Alguma evidência de que você não seja incompetente?

PACIENTE: Não... eu acho que não.

TERAPEUTA: Você disse que está indo bem nos outros cursos?

PACIENTE: Sim, mas não tanto quanto eu deveria ir.

TERAPEUTA: O fato de você estar indo bem nos outros cursos contradiz essa ideia de que você é incompetente?

PACIENTE: Não; se eu realmente fosse competente, estaria me saindo muito melhor.

TERAPEUTA: E quanto a outras áreas da sua vida – administração do seu apartamento, das suas finanças, o cuidado consigo...?

PACIENTE: Eu estou me saindo muito mal nisso também.

TERAPEUTA: Então essa ideia de que você é incompetente se estende a outras coisas também?

PACIENTE: A quase tudo.

TERAPEUTA: Ok, eu posso perceber a intensidade com que você acredita nessa ideia. Vamos voltar à situação em que você não conseguiu concluir a tarefa de Estatística e teve os pensamentos "Eu não consigo fazer nada direito. Eu nunca vou conseguir fazer isto aqui".

Nesse exemplo, eu uso a técnica da seta descendente para identificar uma ideia que conceituo como crença nuclear. Eu gentilmente testo a sua força, abrangência e capacidade de modificação e decido por não prosseguir com a avaliação nesse momento. Contudo, eu a rotulo como uma "ideia" (tendo implícito de que não é necessariamente uma verdade) e marco como um tópico futuro.

APRESENTANDO CRENÇAS NUCLEARES

Quando considera que já coletou dados suficientes para levantar hipóteses a respeito da crença nuclear e quando acredita que o paciente será suficientemente receptivo, você lhe apresenta uma conceituação provisória, como eu fiz a seguir.

TERAPEUTA: Sally, já falamos sobre vários problemas nas duas últimas semanas – seu trabalho da faculdade, decisões sobre como passar o verão, seu trabalho voluntário. Sempre que examinamos seus pensamentos e pergunto o que eles significam, você constantemente diz que é incompetente... É isso mesmo?

PACIENTE: Sim, eu ainda acho que sou incompetente.

Você também pode examinar com o paciente vários pensamentos automáticos que ele teve em diversas situações e depois solicitar que chegue a uma conclusão em relação a um padrão subjacente ("Sally, você vê um tema comum nesses pensamentos automáticos?").

Com certos pacientes, você poder usar um diagrama feito a mão, uma versão simplificada do Diagrama de Conceituação Cognitiva (Figura 13.1) no início do tratamento. Com ou sem o diagrama, você pode explorar rapidamente os antecedentes da infância.

TERAPEUTA: Você se lembra de também ter-se sentido incompetente assim em outros momentos da sua vida? Quando criança?

PACIENTE: É, às vezes. Eu me lembro de nunca conseguir fazer as coisas que o meu irmão conseguia.

TERAPEUTA: Você pode me dar alguns exemplos?

Posteriormente, você vai usar os dados históricos quando levantar hipóteses sobre como o paciente passou a acreditar em uma crença nuclear e explicar como esta poderia não ser verdadeira pelo menos em sua maior parte, mesmo que ele atualmente acredite muito nisso.

EDUCANDO O PACIENTE SOBRE CRENÇAS NUCLEARES E MONITORANDO QUANDO ESTAS ENTRAM EM OPERAÇÃO

É importante que o paciente entenda o seguinte sobre uma crença nuclear:

- Que ela é uma ideia, não necessariamente uma verdade.
- Que ele pode acreditar fortemente nela, até mesmo "sinta" que ela é verdade, e mesmo assim ela poderá ser, em sua maior parte ou inteiramente, não verdadeira.
- Que, como uma ideia, ela pode ser testada.
- Que ela pode ter suas raízes em eventos da infância e pode ou não ter sido verdade na época em que começou a acreditar nela.
- Que ela continua a ser mantida por meio da operação dos seus esquemas, em que prontamente reconhece dados que apoiam a crença nuclear enquanto ignora ou desvaloriza dados em contrário.
- Que você e o paciente, trabalhando juntos, podem usar uma variedade de estratégias ao longo do tempo para mudar essa ideia para que possa se ver de uma forma mais realista.

Na transcrição a seguir, eu educo Sally sobre sua crença nuclear. (Ela havia confirmado anteriormente a conceituação que eu apresentei.)

TERAPEUTA: Sally, isso [o pensamento automático de que ela não vai conseguir fazer o seu trabalho de Economia] lhe soa familiar? Você acha que sua ideia de que é incompetente poderia estar atrapalhando?

PACIENTE: É. Eu realmente me sinto incompetente.

TERAPEUTA: Bem, Sally, uma das duas coisas está acontecendo. O problema é se você realmente *é* incompetente, então teremos que trabalhar juntas para torná-la mais competente... ou o problema é que você *acredita* que é incompetente; e às vezes você acredita nisso tão fortemente que na verdade acaba *agindo* de uma maneira incompetente, como não ir à biblioteca para começar a pesquisa para o seu trabalho. (*pausa*) O que você acha?

PACIENTE: Eu não sei.

TERAPEUTA: Por que não anotamos no papel essas duas

possibilidades? Isso é o que eu gostaria de começar a fazer na terapia, se você concordar, ver qual das possibilidades parece ser a mais verdadeira – se você *é* realmente incompetente ou se *acredita* que é incompetente.

Posteriormente, explico as crenças nucleares a Sally, em pequenas partes, procurando me assegurar de que ela entende enquanto prossigo.

TERAPEUTA: Esta ideia, "Eu sou incompetente", é o que chamamos de crença nuclear. Deixe eu lhe falar um pouco sobre crenças nucleares para que você entenda por que elas são mais difíceis de avaliar e responder. Ok?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Antes de qualquer coisa, uma crença nuclear é uma ideia em que você pode não acreditar muito quando não está deprimida. No entanto, é esperado que você acredite nela quase completamente quando *está* deprimida, mesmo que existam evidências em contrário. (*pausa*) Está me acompanhando até aqui?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Quando você fica deprimida, essa ideia é ativada. Quando ela está ativada, você facilmente irá observar evidências que parecem apoiá-la e tenderá a ignorar qualquer evidência que a contradiga. É como se tivesse um filtro na sua mente. Qualquer coisa que se enquadre na ideia de que você é incompetente passa através do filtro e vai para dentro da sua mente. Qualquer informação que contradiga a ideia não vai passar pelo filtro, e então você não vai notá-la ou vai modificá-la de alguma maneira para possa *passar* através do filtro. Você acha que poderia estar filtrando informações assim?

PACIENTE: Não tenho certeza.

TERAPEUTA: Bem, vamos ver. Fazendo uma retrospectiva das últimas semanas, que evidências existem de que você *poderia* ser competente?

PACIENTE: Humm. Eu tirei um "A" na prova de Estatística.

TERAPEUTA: Bom! E essa evidência passou pelo filtro? Você disse a si mesma: "Eu tirei um 'A'. Isso significa que eu sou inteligente, competente ou uma boa aluna", ou alguma coisa desse tipo?

PACIENTE: Não. Eu disse: "Bem, a prova foi fácil. Eu aprendi algumas dessas coisas no ano passado".

TERAPEUTA: Ah, então parece que o filtro *estava* em operação. Você percebe como não valorizou a informação que contradizia sua

crença nuclear “Eu sou incompetente”?

PACIENTE: Humm.

TERAPEUTA: Você consegue pensar em outros exemplos desta semana? Situações em que uma pessoa poderia pensar que alguma coisa que você fez demostrava que era competente, mesmo que você não achasse?

PACIENTE: (*Pensa por um momento*) Bem, eu ajudei a minha colega de quarto a descobrir como resolver um problema com o pai dela. Mas isso não conta, qualquer um poderia ter feito o que eu fiz.

TERAPEUTA: Bom exemplo. Mais uma vez, parece que você não reconheceu informações que não se encaixam na sua ideia “Eu sou incompetente”. Eu gostaria que você pensasse sobre o quanto é verdadeira a ideia de que *qualquer um* poderia ter feito o que você fez. Talvez esse seja outro exemplo de não dar crédito para si mesma, quando outra pessoa poderia ter considerado que essa era uma evidência de que você *não* é incompetente.

PACIENTE: Bem, a minha colega de quarto realmente achou que eu a ajudei muito.

TERAPEUTA: Ok, só para resumir: “Eu sou incompetente” parece ser uma crença nuclear que a acompanha há muito tempo e na qual você acredita muito mais quando está deprimida. Você pode fazer um resumo de como parece que isso funciona?

PACIENTE: Bem, você está dizendo que quando eu estou deprimida, eu filtro as informações que estão de acordo com ela e excluo as informações que não estão de acordo.

TERAPEUTA: Certo. Que tal, como exercício para esta semana, você experimentar observar a cada dia como o filtro está operando? Anote as informações que parecem apoiar a ideia de que você é incompetente. E esta é a parte mais difícil: realmente procurar e anotar qualquer informação que outra pessoa poderia achar que a contradiz. Certo?

Na sessão seguinte, explico por que Sally acredita tão firmemente em sua crença nuclear e como ela ainda assim poderia ser incorreta.

TERAPEUTA: Ok, você fez um bom trabalho nesta semana, observando como tende a incluir apenas informações negativas que parecem apoiar sua ideia de que é incompetente. Como previmos, foi muito mais difícil reconhecer informações positivas que contradizem sua ideia.

PACIENTE: É. Eu não me saí muito bem.

TERAPEUTA: Você está se sentindo incompetente agora?

PACIENTE: (*Ri*) Sim. Acho que sim.

TERAPEUTA: O filtro está em operação neste momento? Você colocou mais ênfase na parte do exercício que não fez bem e esqueceu a parte em que se saiu bem?

PACIENTE: Eu acho que sim.

TERAPEUTA: Que efeito você acha que pode ter um filtro como esse?

PACIENTE: Faz eu não perceber as coisas boas.

TERAPEUTA: Certo. E, dia após dia, o que acontece a esta ideia: "Eu sou incompetente"?

PACIENTE: Ela fica mais forte, eu acho.

TERAPEUTA: Certo. Até o ponto em que você "sente" que ela é verdade, mesmo que não seja.

PACIENTE: Humm.

TERAPEUTA: Você percebe, agora, como a ideia de que é incompetente *pode* ser falsa, mesmo que pareça verdadeira?

PACIENTE: Bem, eu até que percebo intelectualmente, mas ainda me *sinto* incompetente.

TERAPEUTA: Isso é muito comum. Nas próximas semanas, vou ajudá-la a avaliar essa ideia. E, depois, iremos trabalhar juntas para ajudar a parte mais racional e intelectual da sua mente a conversar com o lado mais emocional. Ok?

PACIENTE: Certo.

Como alternativa, eu poderia ter desenhado o diagrama do esquema da Figura 3.1 e evocado alguns exemplos de dados positivos e negativos, perguntando a Sally se ela acha que o diagrama ilustra adequadamente como ela estava processando as informações. Então eu lhe perguntaria: "Sally, se for verdade que você enfatizou excessivamente os dados negativos, ignorando ou não valorizando os positivos, você consegue perceber o quanto a ideia de ser incompetente deve ter se fortalecida a cada hora, cada dia, semana e mês – mas que ela poderia não ser verdadeira ou, pelo menos, não completamente verdadeira?".

A biblioterapia pode reforçar o importante trabalho com uma crença nuclear. *Prisioneiros das crenças* (*Prisoners of Belief*, McKay e Fanning, 1991) e *Reinventando sua vida* (Young e Klosko, 1994) são úteis nessa fase do tratamento.

DESENVOLVENDO UMA NOVA CRENÇA NUCLEAR

Muitos pacientes deprimidos tinham uma crença nuclear diferente, uma ideia sobre si mais funcional, positiva e com base na realidade, antes do começo do seu transtorno do Eixo I. Eles podem identificar facilmente essa crença.

TERAPEUTA: Antes de ficar deprimida, digamos um ano atrás, como você se avaliava? Você achava que não gostavam de você?

PACIENTE: Não. Quer dizer, nem todo mundo gostava de mim, mas basicamente eu achava que era uma pessoa legal. As pessoas gostavam de mim.

TERAPEUTA: Então a sua crença era "Eu sou gostável"?

PACIENTE: Sim, era.

Quando o paciente não consegue expressar sua ideia anterior, você formula mentalmente uma nova crença, mais realista e funcional, e guia-o em direção a ela. Uma crença relativamente positiva costuma ser mais fácil de ser adotada pelo paciente do que uma crença que esteja no outro extremo.

Por exemplo:

TERAPEUTA: Sally, estivemos conversando sobre esta crença nuclear: "Eu sou incompetente". O que você acha intelectualmente que seria uma crença mais apropriada?

PACIENTE: Eu sou competente?

TERAPEUTA: Muito bem. Ou, poderíamos trabalhar em uma nova crença que possa ser mais fácil de você adotar, digamos: "Eu sou competente na maioria das coisas, mas também sou apenas um ser humano". O que soa melhor?

PACIENTE: A segunda.

Nova crença nuclear
"Eu sou (completamente) incapaz de ser amado."
"Eu sou legal."
"Eu sou incompetente."
"Eu sou deficiente."

Nova crença nuclear
"Em geral, as pessoas gostam de mim."
"Eu sou legal."
"Eu sou competente sobre muitas coisas."
"Eu sou normal, com pontos fortes e fracos."

Tendo identificado uma crença nuclear negativa e formulado uma

crença positiva, você trabalhará simultaneamente no enfraquecimento da primeira e fortalecimento da segunda.

FORTALECENDO NOVAS CRENÇAS NUCLEARES

Você vai, fundamentalmente, fortalecer as novas crenças nucleares de duas formas. Em primeiro lugar, desde o começo do tratamento, conforme descrito nas páginas 44 e 45, você deliberadamente evoca dados positivos do paciente por meio do questionamento e também lhe aponta dados positivos – sobretudo quando os dados contradizem a antiga crença nuclear negativa, mas apoiam uma nova crença mais baseada na realidade. Em segundo lugar, quando trabalhar especificamente no fortalecimento da sua nova crença nuclear, você solicita que o paciente examine suas experiências de uma nova maneira que facilite a sua capacidade de reconhecer os dados positivos.

No caso de Sally, realizei as tarefas de evocar e apontar dados positivos de diversas maneiras. Por exemplo:

- Na avaliação, perguntei a Sally quais eram seus pontos fortes.
- Posteriormente, sempre que indicado, eu perguntei se certos dados indicavam outros pontos fortes ("Então você fez todas estas coisas: fez uma lista de todas as suas tarefas para esta semana, planejou quando iria realizá-las e que recursos seriam necessários. Ser organizada é um dos seus pontos fortes?").
- Durante a primeira parte da sessão, perguntei a Sally sobre suas experiências positivas ("Que coisas positivas aconteceram desde que nos vimos pela última vez?"). Concluir um trabalho, sair-se razoavelmente bem em um exame, ser assertiva com sua colega de quarto, planejar em que disciplinas se inscrever, começar um curso novo de autodefesa, para citar alguns exemplos, tudo forneceu dados que apoiavam a nova crença nuclear, o que enfatizei naquele momento e posteriormente.
- Sugeri que Sally organizasse uma lista de méritos (Figura 15.6).
- Continuamente, perguntei a Sally sobre evidências (positivas) de que as suas cognições não eram verdadeiras, ou pelo menos não completamente verdadeiras.
- Perguntei a que ela atribuía o fato de apresentar comportamentos positivos ("O que isto diz sobre você, ter sido *você* a pessoa a iniciar o projeto de reciclagem?").
- Eu lhe dei *feedback* sobre suas realizações e qualidades positivas ("Parece que você fez um ótimo trabalho na organização da reunião do pessoal do dormitório").

A segunda estratégia envolve ajudar o paciente a adotar uma visão diferente das suas experiências. Ele faz isso se perguntando o que está fazendo ou o que está acontecendo que poderia estar fortalecendo a nova crença nuclear ("Sally, nesta semana, você pode ficar de olho em alguma coisa que mostre que é competente?"). Se o paciente tiver dificuldade com a tarefa, você poderá modificá-la ("Sally, você poderia fingir que eu a estou acompanhando nesta semana? Observe as situações em que pensa que *eu* diria 'Isto mostra que você é competente', ou então observe o que a sua colega de quarto faz e que mostra que *ela* é competente – e então veja se você está fazendo a mesma coisa").

A maioria dos pacientes precisa de um sinal visual ou auditivo para ser lembrada de procurar dados positivos ao longo do dia. Eles podem usar, por exemplo, uma borrachinha no pulso, colar bilhetes em diversos locais, ter lembretes no computador ou no *smartphone*, ou então programar o alarme para tocar periodicamente. Incentive-os a registrar os dados de alguma forma, em vez de simplesmente fazer anotações mentais que provavelmente irão esquecer. Uma Planilha de Crenças Nucleares (Figura 14.3) poderá ajudá-los a organizar suas anotações.

Por fim, é importante reavaliar com o paciente, ao longo do tempo, a intensidade com que ele acredita na sua nova crença nuclear, tanto a nível intelectual quanto emocional. Você evocará exemplos em que o grau de crença esteve relativamente mais alto e reforçará a interpretação que o paciente faz disso, além de ajudá-lo a reorganizar o significado das experiências em que sua crença esteve relativamente mais baixa.

MODIFICANDO CRENÇAS NUCLEARES NEGATIVAS

Para ajudar o paciente a mudar suas crenças nucleares negativas, você usará muitas das técnicas descritas no capítulo anterior, bem como outras que são descritas a seguir (veja a Figura 14.2). As crenças nucleares geralmente se modificam primeiro no nível intelectual, em especial quando você empregou técnicas para esse nível. Já para mudar suas crenças nucleares no nível emocional, o paciente poderá precisar de algumas técnicas.

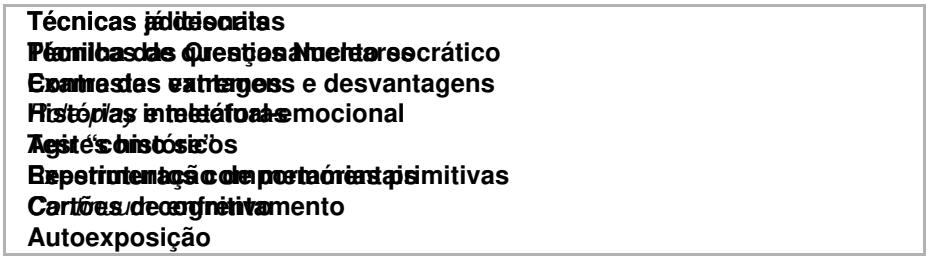


FIGURA 14.2. Técnicas para Modificar Crenças Nucleares.

PLANILHA DAS CRENÇAS NUCLEARES

Após ter identificado a crença nuclear antiga e desenvolvido uma nova, você poderá introduzir a Planilha das Crenças Nucleares (PCN; veja a Figura 14.3) ou desenhar uma planilha modificada.

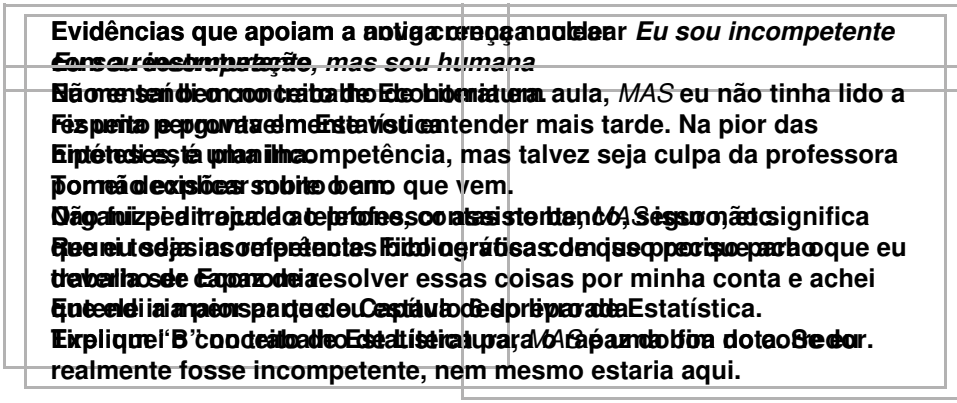


FIGURA 14.3. Planilha das Crenças Nucleares de Sally. Extraída de *Cognitive behavior therapy worksheet packet.* **Copyright 2011, Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy.**

O paciente preenche a PCN na sessão e, como exercício de casa, monitora quando entram em operação suas crenças e reformula as evidências que pareciam apoiar a antiga.

TERAPEUTA: Sally, deixe eu lhe mostrar a Planilha das Crenças Nucleares, que é apenas uma forma organizada de trabalhar sobre suas crenças. Eu gostaria que deixássemos esta folha na nossa frente durante as sessões para vermos se o tópico que estamos discutindo é relevante para competência.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: É preciso algum tempo e prática para aprender a preencher a planilha, assim como você precisou de algum tempo para ter domínio do Registro de Pensamentos. Ok?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Muito bem. Tudo bem se começarmos pelo lado direito, as evidências de que você é incompetente?

PACIENTE: Certo.

TERAPEUTA: Ok, pense no que você fez *hoje*. Que evidências você tem de que foi incompetente?

PACIENTE: Bem, eu não entendi uma coisa que a minha professora de Economia apresentou em aula hoje.

TERAPEUTA: Ok, anote isso no lado direito, depois coloque um "MAS" bem grande ao lado. Agora, vamos pensar se poderia haver outra explicação para o fato de você não ter entendido o conceito e que *não seja* por você ser incompetente.

PACIENTE: Bem, foi a primeira vez que ela falou sobre isso. E não fazia parte das leituras recomendadas.

TERAPEUTA: Bom. Agora você conseguiria entender, depois de ela ter feito uma revisão ou depois de você ter lido algo a respeito ou pedido que alguém lhe explicasse melhor?

PACIENTE: Provavelmente.

TERAPEUTA: Ok. Agora, ao lado do "MAS", você vai escrever o que nós chamamos de "reformulação" – outra forma mais útil de encarar as evidências. O que você poderia dizer aqui?

PACIENTE: Acho que eu poderia dizer: "Mas eu não li a respeito, provavelmente vou entender depois".

TERAPEUTA: Ok, anote isso... Agora, vamos ver se conseguimos deixar a reformulação ainda mais forte. Você concordaria que não entender um conceito significa, na pior das hipóteses, que a pessoa tem *uma* incompetência, e não que ela é uma pessoa completamente incompetente?

PACIENTE: Sim, é verdade.

TERAPEUTA: É possível que *muitas* pessoas competentes não compreendam necessariamente os conceitos na primeira vez em que eles são apresentados?

PACIENTE: É verdade.

TERAPEUTA: Eu fico pensando, é possível que na verdade tenha sido incompetência da *professora*, porque se ela tivesse explicado mais claramente, você poderia ter entendido?

PACIENTE: É possível.

TERAPEUTA: Por que você não para por um minuto e vê se há mais alguma coisa que quer acrescentar por escrito?... Ok, vamos experimentar o lado esquerdo agora. Que evidências você tem *hoje* de que é competente em muitas coisas? Vou avisando, isso poderá ser difícil se o seu filtro estiver operando.

PACIENTE: Bem, eu me dediquei ao meu trabalho de Literatura.

TERAPEUTA: Bom. Anote isso. O que mais?

PACIENTE: Eu fiz uma pergunta na minha aula de Estatística.

TERAPEUTA: Você fez? Que bom. O que mais?

PACIENTE: (*Sem resposta*)

TERAPEUTA: E quanto ao fato de que parece que você entende como preencher esta planilha?

PACIENTE: Acho que sim.

TERAPEUTA: Ok, e que tal se, como exercício, você tentar fazer acréscimos a esta folha todos os dias? Você percebe que inicialmente fazer a primeira parte do lado direito será mais fácil, mas que a segunda parte e o lado esquerdo provavelmente serão mais difíceis?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Então faça o que puder. Pode ser que nós tenhamos que trabalhar juntas para fazer a reestruturação e procurar evidências positivas. Mas vou dar uma dica. Se você tiver problemas com essas duas partes, finja que outra pessoa, sua colega de quarto, por exemplo, fez exatamente a mesma coisa que você fez, e veja como encararia as ações dela. Ok?

PACIENTE: Certo.

TERAPEUTA: Você consegue pensar em alguma coisa que poderia atrapalhar a realização desses exercícios?

PACIENTE: Não; eu vou experimentar.

TERAPEUTA: Bom.

Caso Sally tivesse apresentado dificuldades na identificação de dados positivos durante a sessão, eu teria adiado a prescrição dessa tarefa, tentando primeiramente técnicas diferentes para ajudá-la a conseguir evocar itens para colocar do lado esquerdo. Eu poderia usar, por exemplo, uma técnica de contraste:

TERAPEUTA: E quanto ao fato de você ter batalhado para conseguir consulta rapidamente com o sistema de saúde estudantil? Isso não pertence ao lado esquerdo?

PACIENTE: Eu não sei. Eu só estava muito brava; aquilo foi fácil.

TERAPEUTA: Olhe só: caso *não tivesse* reivindicado os seus direitos, você não colocaria isso do lado direito, como um sinal de incompetência?

PACIENTE: Provavelmente.

TERAPEUTA: Então pense desta maneira: qualquer coisa pela qual você se criticaria ou colocaria do lado direito se *não* fizesse, provavelmente pertence ao lado esquerdo.

Outras formas de fazer o paciente reconhecer dados positivos que

pertencem ao lado esquerdo da planilha incluem pedir que ele:

1. Pense em dados que ele diria que são evidências positivas para *outra* pessoa: “Sally, você consegue pensar em alguma outra pessoa que você considera competente na maioria das coisas? Quem seria essa pessoa? O que *você* fez hoje que diria que demonstra que [essa pessoa] é competente, caso *ela* tivesse feito?”.
2. Nomeie outra pessoa que diria que os dados indicam evidências positivas sobre o paciente: “Sally, quem você acha que a conhece muito bem, em cujo julgamento você confia? O que [essa pessoa] diria que você fez hoje e que é uma evidência de que você é competente?” ou “Sally, o que você fez hoje que *eu* provavelmente acharia que indica que você é competente?”.
3. Reflita se ele poderia desconsiderar evidências positivas específicas, caso comparasse o que fez com um modelo hipotético *negativo*: “Sally, você não acha que concluir aquele trabalho é um sinal de competência. Mas, uma pessoa *verdadeiramente* incompetente teria sido capaz de escrevê-lo? Uma pessoa verdadeiramente incompetente teria conseguido chegar onde você está agora?”.
4. Classifique a força das suas crenças nos níveis intelectual e emocional no início de cada sessão, antes de definir a pauta. Então, você pode perguntar: “Quando você acreditou com *menos* intensidade que era incompetente ou com mais intensidade que era competente, o que estava acontecendo? Isso é algo que poderíamos colocar na pauta?”. A discussão dessas situações (mais positivas) dá a oportunidade de reunir e reforçar evidências para o lado esquerdo.

Você também pode aproveitar a oportunidade durante a sessão para questionar o paciente quanto à aplicabilidade da PCN ao tema em questão.

TERAPEUTA: Sally, você poderia resumir o que acabamos de falar?

PACIENTE: Bem, eu estava muito deprimida porque não consegui o trabalho de verão que queria. E, nessa situação, em que outra pessoa ficaria desapontada, fiquei muito deprimida porque estava achando que isso significava que eu era incompetente.

TERAPEUTA: Ótimo. Você consegue ver o quanto isso é relevante para a Planilha das Crenças Nucleares?

PACIENTE: Sim. É a mesma ideia.

TERAPEUTA: Como você pode anotar isso na folha?

PACIENTE: Acho que isso vai para o *lado direito*... Eu não consegui o

trabalho como assistente de pesquisa... mas isso não significa que eu seja completamente incompetente. Muitas pessoas se candidataram, algumas com muito mais experiência do que eu.

Usando Contrastes Extremos para Modificar Crenças Nucleares

Às vezes, é aconselhável que o paciente se compare com alguém, seja real ou imaginário, que esteja em um extremo negativo da qualidade relacionada à crença nuclear. Você sugere que o paciente imagine alguém dentro da sua estrutura de referência. (Essa técnica é similar ao *continuum* cognitivo descrito no Capítulo 13.)

TERAPEUTA: Eu gostaria de saber se você conhece alguém na sua faculdade que realmente é incompetente ou que pelo menos *se comporta* de modo incompetente.

PACIENTE: Humm...Tem um rapaz no meu dormitório que eu acho que nunca vai às aulas ou faz os trabalhos. Parece que ele está sempre em festa o tempo todo. Eu acho que ele vai rodar.

TERAPEUTA: Ok. Então, comparada com ele, o quanto você é incompetente?

PACIENTE: (*Pausa*) Não muito.

TERAPEUTA: Se você fosse verdadeiramente uma pessoa completamente incompetente, o que você estaria fazendo de diferente?

PACIENTE: ...Eu acho que abandonaria a faculdade, não faria nada o dia inteiro... não me sustentaria... não faria nada que tivesse algum valor... não teria amigos...

TERAPEUTA: O quanto você está perto disso agora?

PACIENTE: De jeito nenhum, eu acho.

TERAPEUTA: Então o quanto você diria que é adequado rotulá-la com verdadeiramente incompetente?

PACIENTE: Acho que, na verdade, não é adequado.

Usando Histórias, Filmes e Metáforas

Você pode ajudar o paciente a desenvolver uma ideia diferente sobre si mesmo incentivando-o a refletir sobre a visão que tem de personagens ou pessoas que compartilham da mesma crença nuclear

negativa. Quando o paciente experimenta exemplos vívidos da invalidade de crenças nucleares fortemente enraizadas de outras pessoas, ele começa a entender como também poderia ter uma crença nuclear forte que não é adequada.

Uma paciente estava certa de que era má porque quando criança, e depois como adulta, sua mãe tinha sido física e emocionalmente agressiva com ela, frequentemente dizendo à paciente o quanto ela era má. Foi muito útil para essa paciente refletir sobre a história da Cinderela, em que uma madrasta perversa trata muito mal uma criança sem que esta tenha feito algo de errado.

Testes Históricos da Crença Nuclear

Quando as crenças nucleares do paciente são provenientes de experiências primitivas, em geral é útil que ele examine como a sua crença se originou e como foi mantida através dos anos (Young, 1999). Você evoca e ajuda o paciente a reestruturar as evidências que parecem apoiar a crença nuclear desde uma tenra idade e também a trazer à luz evidências que a contradizem. (Você pode usar a PCN para coletar os dados.) Geralmente, esse processo é iniciado depois de o paciente monitorar a operação de sua crença nuclear *no presente* e dar início ao seu processo de modificação. Primeiramente, você apresenta uma justificativa:

TERAPEUTA: Sally, eu gostaria de ver onde começou essa ideia de que você é incompetente.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Vamos pegar a Planilha das Crenças Nucleares. Você se lembra de alguma coisa de quando era bem pequena que a fez acreditar, naquela época, que você era incompetente? Digamos, antes do ensino fundamental?

PACIENTE: Eu me lembro da pré-escola. Eu me lembro de estar fazendo alguma coisa com um quebra-cabeça e a professora gritando comigo. Eu estava chorando...

TERAPEUTA: Você estava demorando para terminar?

PACIENTE: Sim, alguma coisa assim.

TERAPEUTA: E você se sentiu muito incompetente?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Ok, anote isso no lado direito. Depois, iremos preencher a reestruturação. Mais alguma coisa?

PACIENTE: Eu me lembro de uma vez em que a minha família foi ao

parque. Todos os outros sabiam andar bem de bicicleta, mas eu não consegui acompanhá-los e acabei ficando muito para trás.

Seja na sessão, ou então como exercício de casa, o paciente continua este primeiro passo: evocando lembranças que podem ter contribuído para o estabelecimento ou manutenção da crença nuclear. Elas podem refletir o tempo de pré-escola, ensino fundamental, ensino médio, faculdade, seus 20 anos e décadas posteriores. O segundo passo da revisão histórica inclui a procura e o registro de evidências que apoiem a nova crença positiva para cada um desses períodos. Após evocar lembranças mais positivas, o paciente está pronto para o terceiro passo: reestruturar cada uma das evidências negativas. Por fim, no quarto passo, o paciente resume cada período. Por exemplo:

> Os anos do ensino médio – eu fiz muitas coisas de modo competente, desde esportes até ser responsável por muitas coisas em casa e me sair bem na escola. É verdade que eu não tirei "A" em tudo, não fui boa em tudo e me senti incompetente às vezes, porém basicamente eu era competente.

Reestruturando Memórias Primitivas

Para muitos pacientes do Eixo I, as técnicas "intelectuais" que já foram apresentadas são suficientes para modificar uma crença nuclear, contanto que elas sejam empregadas na presença de emoções (i. e., que a crença nuclear tenha sido ativada e o paciente esteja experimentando afeto negativo). Para outros, técnicas especiais "emocionais" ou experienciais, em que o afeto do paciente é despertado, também são indicadas. Uma dessas técnicas envolve a dramatização, reeditando um evento para ajudar o paciente a reinterpretar uma experiência primitiva traumática. Na transcrição que segue, ajudo uma paciente a reestruturar o significado de um evento passado relacionado à situação de sofrimento atual.

TERAPEUTA: Annie, você parece muito deprimida hoje.

PACIENTE: Sim. (*chorando*)... O meu chefe me chamou na sua sala ontem à tarde. Ele disse que eu cometi alguns erros de digitação em um *e-mail* que mandei para ele e que eu tinha que ser mais cuidadosa e revisar melhor os meus *e-mails*.

TERAPEUTA: O que passou pela sua cabeça quando ele disse isso?

PACIENTE: Que sou uma secretária horrível. Eu não consigo fazer

nada direito.

TERAPEUTA: Como você está se sentindo?

PACIENTE: [expressando sua emoção] Triste. Muito triste. [expressando sua crença nuclear] E, você sabe, incompetente.

TERAPEUTA: Ao revisar alguns *e-mails* ou de maneira geral?

PACIENTE: De maneira geral; eu sou completamente incompetente.

TERAPEUTA: [intensificando seu afeto para facilitar a recuperação da lembrança] Você sente essa tristeza e incompetência em alguma parte do seu corpo?

PACIENTE: Atrás dos olhos. E sinto os ombros pesados.

Em vez de focar nessa situação atual, evoco uma experiência passada com o mesmo tema. Primeiramente, falamos sobre ela no nível intelectual.

TERAPEUTA: Quando foi a primeira vez que você lembra ter-se sentido dessa maneira, quando criança?

PACIENTE: (*pausa*) Quando eu tinha 6 anos. Eu estava na 1a série. Lembro que eu trouxe para casa o boletim e estava meio assustada porque não tinha tido um bom desempenho. Meu pai não se importou com isso, mas minha mãe ficou muito brava.

TERAPEUTA: O que ela disse?

PACIENTE: Ela gritou: "Annie, o que eu vou fazer com você? Olhe só este boletim!".

TERAPEUTA: O que você disse?

PACIENTE: Acho que eu não disse nada. Minha mãe continuou falando: "Você não sabe o que vai acontecer se não tirar boas notas? O seu irmão sempre se sai bem. Por que você não pode? Tenho tanta vergonha de você. O que vai ser de você?".

TERAPEUTA: [empatizando] Você deve ter-se sentido muito mal.

PACIENTE: E como!

TERAPEUTA: Você acha que essa forma como ela agiu foi razoável?

PACIENTE: (*Pensa*) Não... Eu acho que não.

TERAPEUTA: Bem, isso é uma coisa que você diria aos seus filhos algum dia?

PACIENTE: Não. Eu nunca diria isso.

TERAPEUTA: O que *você* diria se tivesse uma filha de 6 anos que trouxesse para casa um boletim como aquele?

PACIENTE: Humm... Acho que eu diria o que o meu pai disse: "Tudo bem. Não se sinta mal. Eu também não fui muito bem na escola, e

isso não teve nenhuma importância".

TERAPEUTA: Isso é bom. Você tem alguma ideia de por que a sua mãe não disse isso?

PACIENTE: Não tenho certeza.

TERAPEUTA: Imagino, pelo que você me disse antes, se não poderia ser porque ela achou que outras pessoas poderiam *menosprezá-la* se os seus filhos não se saíssem bem.

PACIENTE: Isso é bem possível. Ela estava sempre se gabando do meu irmão para as suas amigas. Eu acho que ela estava sempre tentando não ficar atrás na comparação com as vizinhas.

A seguir, eu mudo o foco da nossa discussão para que a paciente se engaje na aprendizagem experiencial:

TERAPEUTA: Ok, que tal, agora, fazermos uma dramatização? Eu vou representar você com a idade de 6 anos; você representa a sua mãe. Tente se esforçar para ver as coisas sob o ponto de vista dela. Eu vou começar... Mãe, aqui está o meu boletim.

PACIENTE: Annie, tenho vergonha de você. Olhe só estas notas. O que é que eu vou fazer com você?

TERAPEUTA: Mãe, eu só tenho 6 anos. As minhas notas não são tão boas quanto as de Robert, mas são boas.

PACIENTE: Você não sabe o que vai acontecer se você não tirar boas notas? Você nunca vai dar certo em nada.

TERAPEUTA: Que tolice, mãe. Eu só tenho 6 anos.

PACIENTE: Mas no ano que vem você terá 7 e, depois disso, 8...

TERAPEUTA: Mãe, eu não me saí tão mal assim. Por que você está criando tanto caso? Você está me fazendo achar que eu sou completamente incompetente. É isso que você pretende fazer?

PACIENTE: Não, é claro que não. Eu não quero que você pense assim. Isso não é verdade. Eu só quero que você se saia melhor.

Depois disso, ajudo a paciente a chegar a uma conclusão diferente sobre a experiência:

TERAPEUTA: Ok, fora do papel. O que você acha?

PACIENTE: Eu não era realmente incompetente. Eu me saí bem. Mamãe provavelmente era rígida comigo porque *ela* não queria ser criticada.

TERAPEUTA: O quanto você acredita nisso?

PACIENTE: Acho que eu realmente acredito.

TERAPEUTA: Que tal fazermos a dramatização novamente, mas desta vez trocando os papéis? Vamos ver como a Annie de 6 anos consegue responder à sua mãe.

Depois dessa segunda dramatização, pergunto a Annie o que ela aprendeu e como esse aprendizado se aplica à situação que a perturba nesta semana (ser criticada pelo seu chefe).

Outra técnica utiliza o imaginário para reestruturar lembranças primitivas em presença do afeto (J. S. Beck, 2005; Edwards, 1989; Layden, Newman, Freeman e Morse, 1993; Smucker e Dancu, 1999; Young, Klosko e Weishaar, 2006). Essa técnica do tipo Gestalt foi adaptada especialmente para alterar as crenças nucleares e é mais frequentemente usada com pacientes com transtornos de personalidade do que com pacientes do Eixo I. No caso do exemplo a seguir, eu ajudo uma paciente a reexperimentar um evento angustiante precoce que parece ter contribuído para a origem ou manutenção de uma crença nuclear chave. Eu faço o seguinte:

1. Identifico uma situação específica que atualmente é muito angustiante para a paciente e parece estar vinculada a uma crença nuclear importante.
2. Intensifico o afeto da paciente, focando nos pensamentos automáticos, emoções e sensações somáticas vinculados à situação.
3. Ajudo a paciente a identificar e reviver uma experiência primitiva relevante.
4. Falo com a parte "mais jovem" da paciente para identificar pensamentos automáticos, emoções e crenças.
5. Ajudo a paciente a desenvolver um entendimento diferente da experiência por meio de imagens mentais guiadas, questionamento socrático, diálogo e/ou dramatização.

Na transcrição a seguir, Annie relata uma experiência perturbadora do dia anterior em que se sentiu criticada pelas mulheres do seu grupo da igreja com quem estava trabalhando em um projeto para angariar fundos.

TERAPEUTA: Você consegue imaginar essa cena novamente, como se estivesse acontecendo neste momento? Vocês estão todas sentadas em volta da mesa... (*Faço Annie retratar vividamente e descrever no tempo presente o incidente penoso*)

PACIENTE: Peggy está dizendo: "Annie, você tem que voltar às lojas e descobrir quem são os gerentes ou os donos e falar *com eles* sobre a

contribuição – os vendedores não têm autoridade para isso". E eu fico me sentindo tão deprimida, tão triste. [Eu estou pensando] "Estou desapontando todos. Eu não sou boa o bastante. Eu não consigo fazer nada direito."

TERAPEUTA: Você está sentindo a tristeza neste momento?

PACIENTE: (*Faz que sim com a cabeça*)

TERAPEUTA: [questionando sobre a sua resposta fisiológica para intensificar sua resposta afetiva] Em que parte do corpo você sente isso?

PACIENTE: Atrás dos olhos.

TERAPEUTA: Em mais algum outro lugar? Onde mais está a tristeza?

PACIENTE: No meu peito... e no estômago. Tem um peso.

TERAPEUTA: Ok, você consegue focar nesse peso? Você consegue realmente senti-lo agora, no estômago, no peito? E atrás dos olhos?

PACIENTE: (*Faz que sim com a cabeça*)

TERAPEUTA: Ok, focalize apenas nos seus olhos, estômago, peito... (*Espera uns 10 segundos*) Annie, quando você se lembra de ter sentido esse peso antes, quando era criança? Quando foi a *primeira* vez que você lembra ter-se sentido assim?

Na parte seguinte da sessão, faço Annie relatar uma lembrança angustiante significativa com o mesmo tema da experiência perturbadora atual. Ela descreve (no tempo passado) o quanto sua mãe era crítica quando ela ficava acordada até tarde para fazer um tema de casa na 2a série e o quanto se sentia incompetente. Peço, então, que relate novamente essa experiência, desta vez me contando isso como se fosse mais nova, como se a experiência estivesse acontecendo agora. Eu entrevisto a parte "criança" de Annie, reforçando continuamente o imediatismo da experiência, fazendo a paciente usar sempre o tempo presente.

TERAPEUTA: Annie de 7 anos, onde você está?

PACIENTE: Estou em casa. Na cozinha. Estou fazendo meu tema de casa.

TERAPEUTA: É difícil?

PACIENTE: Sim. Eu não sei o que fazer.

TERAPEUTA: [fazendo perguntas para aprofundar a experiência, o afeto e cognições] Você consegue ver sua mãe entrar na cozinha? Como ela está?

PACIENTE: Ela parece brava. Muito brava.

TERAPEUTA: Como você sabe?

PACIENTE: (*Os olhos começam a lacrimejar*) O rosto dela está contraído. Está bem vermelho.

TERAPEUTA: O que ela está lhe dizendo?

PACIENTE: "Annie, vá para a cama."

TERAPEUTA: Continue.

PACIENTE: "Mãe, eu não posso. Eu tenho que terminar isto."

TERAPEUTA: O que mamãe está dizendo?

PACIENTE: "Vá para a cama! Qual é o seu problema? Esta coisa é fácil. Você é burra?" (*Soluça*)

TERAPEUTA: (*gentilmente*) Annie de 7 anos, como você está se sentindo?

PACIENTE: Triste. (*Chora um pouco*)

TERAPEUTA: Muito triste?

PACIENTE: (*Concorda com um aceno de cabeça*)

TERAPEUTA: (*gentilmente*) Annie de 7 anos, o que está passando pela sua cabeça agora?

PACIENTE: Eu *sou* burra. Não consigo fazer nada direito.

TERAPEUTA: O quanto você acredita nisso? (*gesticulando com as mãos*) Um pouco? Uma quantidade mediana? Muito?

PACIENTE: Muito.

TERAPEUTA: No que mais você está pensando?

PACIENTE: Eu nunca vou conseguir fazer as coisas direito.

Observe que a intensificação do afeto de Annie confirma que esta é uma questão nuclear. Na próxima parte da sessão, eu a ajudo a reinterpretar essa experiência.

TERAPEUTA: Annie de 7 anos, eu gostaria de ajudá-la a ver isso de uma forma diferente. Tudo bem se fizermos o seu eu mais velho conversar com você?

PACIENTE: (*Concorda com um aceno de cabeça*)

TERAPEUTA: Ok, Annie de 7 anos, você consegue imaginar sua mãe saindo da cozinha e o seu eu de 45 anos entrando? Onde você gostaria que ela estivesse?

PACIENTE: Ao meu lado, eu acho.

TERAPEUTA: Bem perto?

PACIENTE: (*Concorda*)

TERAPEUTA: Você gostaria que ela colocasse o braço no seu ombro?

PACIENTE: (*Concorda*)

TERAPEUTA: Ok. Vamos fazer a Annie mais velha conversar com a Annie de 7 anos. Faça ela perguntar o que está errado à Annie de 7 anos.

PACIENTE: O que está acontecendo?

TERAPEUTA: O que diz a Annie de 7 anos?

PACIENTE: Eu me sinto tão burra. Eu não consigo fazer nada direito.

TERAPEUTA: O que o seu eu mais velho responde?

PACIENTE: Não, você não é. Este tema de casa é muito difícil. Não é culpa sua. Você não é burra.

TERAPEUTA: O que diz a Annie de 7 anos?

PACIENTE: Mas eu deveria conseguir fazer.

TERAPEUTA: Faça o seu eu mais velho falar com ela.

PACIENTE: Não, isso não é verdade. Você não tinha que saber fazer. Você não estava presente. Nunca lhe ensinaram isso. Na verdade, é culpa da sua professora por lhe dar algo tão difícil.

TERAPEUTA: Annie de 7 anos, você acredita nela?

PACIENTE: Um pouco.

TERAPEUTA: Annie de 7 anos, o que você quer perguntar ao seu eu mais velho?

PACIENTE: Por que tudo tem que ser tão difícil? Por que eu não consigo fazer nada certo?

TERAPEUTA: O que diz a Annie mais velha?

PACIENTE: Você faz certo muitas coisas. Algumas delas, como os trabalhos de Matemática, são fáceis, e vestir-se sozinha e jogar futebol...

TERAPEUTA: Annie de 7 anos, em que está pensando?

PACIENTE: Mas eu não sei jogar bem futebol. Robert é muito melhor.

TERAPEUTA: Annie mais velha, ajude-a a entender.

PACIENTE: Ouça, ele é melhor do que você no futebol. Mas ele é *mais velho*. Quando ele tinha a sua idade, só sabia fazer o que você faz agora. Você vai melhorar, espere só.

TERAPEUTA: Annie de 7 anos, como está se sentindo agora?

Quando Annie relata que seu eu mais jovem está se sentindo significativamente menos triste, eu encerro o exercício (p. ex., “Tem mais alguma coisa que você deseja perguntar ao seu eu mais velho, Annie de 7 anos?”). Então, peço que ela anote a crença antiga que foi ativada nessa lembrança e também a nova crença, e peço que classifique o quanto ela agora acredita em cada uma nos níveis intelectual e emocional.

Então, discutimos o incidente penoso atual envolvendo sua amiga Peggy e o grupo da igreja, e ajudo Annie a chegar a uma conclusão mais adaptativa e baseada na realidade. Perto do fim da sessão, ela acredita apenas 20% que é incompetente e 70% que é competente. Acredita fortemente em uma explicação alternativa: que a sua participação pode não estar correspondendo às expectativas de Peggy, mas que isso não significa que ela seja incompetente. Essa foi sua primeira experiência com angariação de fundos, e os membros mais experientes não lhe deram informações suficientes. Mesmo que mais alguém no grupo possa ter feito um trabalho melhor, não significa que Annie seja uma pessoa completamente incompetente.

Em resumo, as crenças nucleares requerem trabalho constante e sistemático. Muitas técnicas aplicáveis à reestruturação de pensamentos automáticos e crenças intermediárias podem ser usadas em conjunto com técnicas mais especializadas, orientadas especificamente para as crenças nucleares. Outras estratégias para modificar crenças nucleares podem ser encontradas em J. S. Beck (2005), Beck e colaboradores (2004) e Young (1999). Crenças nucleares típicas de pacientes com uma variedade de transtornos psiquiátricos são descritas em Riso, du Toit, Stein e Young (2007).

1 N. de R. T. Publicado no Brasil sob o título *Terapia cognitiva para desafios clínicos* (Artmed, 2007).

Capítulo 15

OUTRAS TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS

Várias técnicas cognitivas e comportamentais já foram apresentadas anteriormente, entre elas o questionamento socrático, experimentos comportamentais, *role-plays* intelectual-emocional, Planilha das Crenças Nucleares, imaginário e lista de vantagens e desvantagens das crenças. Este capítulo descreve outras técnicas importantes, muitas das quais são cognitivas e comportamentais por natureza. Conforme é descrito mais detalhadamente no Capítulo 19, você vai escolher as técnicas de acordo com a sua conceituação global e os objetivos para uma sessão em particular. Você também vai criar suas próprias técnicas à medida que tiver mais experiência como terapeuta cognitivo-comportamental.

As técnicas descritas neste capítulo, como é o caso de todas as técnicas de terapia cognitivo-comportamental, têm por objetivo influenciar o pensamento, o comportamento, o humor e a estimulação fisiológica do paciente. Elas incluem solução de problemas, tomada de decisões, refocalização, relaxamento e *mindfulness*, cartões de enfrentamento, prescrição gradual de tarefas, exposição, dramatização, a técnica da "torta", autocomparações e listas de méritos. Outras técnicas são descritas em várias fontes (Beck et al., 1979; Beck e Emery, 1985; Leahy, 2003; McMullin, 1986).

SOLUÇÃO DE PROBLEMAS E TREINAMENTO DE HABILIDADES

Associados aos transtornos fisiológicos do paciente ou além deles, o paciente tem os problemas da vida real. Em cada sessão, você vai incentivá-lo a colocar na pauta problemas que surgiram durante a semana e que ainda lhe causam sofrimento, bem como os problemas que ele prevê para as semanas seguintes. Você vai incentivar o paciente a imaginar soluções para os seus problemas, perguntando como ele resolveu problemas similares no passado ou como ele aconselharia um amigo íntimo ou familiar a resolver o mesmo tipo de problema. Você vai, então, oferecer soluções potenciais, se necessário. Para estimular o seu próprio pensamento, você poderá se perguntar como já resolveu ou teria resolvido um problema similar.

Alguns pacientes não têm habilidades para a solução de problemas. Eles podem se beneficiar da instrução direta na solução do problema, quando aprendem a detalhar um problema, imaginar soluções, escolher uma solução, executá-la e avaliar a sua eficácia (veja, p. ex., D'Zurilla e Nezu, 2006). Muitos pacientes também têm déficits nas habilidades. Eles precisam do treinamento das habilidades feito por você ou outros em áreas como paternidade efetiva, entrevista para emprego, planejamento do orçamento e habilidades de relacionamento. Os livros de autoajuda podem ser úteis; McKay, Davis e Fanning (2009), por exemplo, oferecem um guia para melhorar a comunicação.

Outros pacientes, no entanto, já apresentam boas habilidades para solução de problemas e outras habilidades. Eles poderão precisar de ajuda para testar crenças disfuncionais que impedem a solução de problemas ou para usar as habilidades que já têm. Uma planilha para a solução de problemas (J. S. Beck, 2011) ajuda o paciente a especificar um problema e identificar e responder às cognições que estão interferindo, antes de discutir as soluções potenciais.

Sally, por exemplo, tinha dificuldade de concentração quando estava estudando. Juntas, fizemos um *brainstorm* para encontrarmos soluções. Ela poderia começar pela tarefa mais fácil primeiro, revisar as anotações relevantes que fez em aula antes de ler o livro-texto, anotar perguntas quando não tinha certeza de ter entendido e a fazer pausas a cada poucos minutos para repetir mentalmente o que tinha acabado de ler. Combinamos que ela deveria tentar essas estratégias como experimentos para ver qual delas, se fosse o caso, facilitava a sua concentração e compreensão.

Algumas sessões depois, Sally colocou seu trabalho voluntário na pauta. Ela havia começado a acompanhar uma criança de uma escola de ensino fundamental da vizinhança. Embora a criança fosse cooperativa, Sally se sentia insegura quanto ao que estava fazendo. Intelectualmente, ela sabia como resolver o problema; ela se dava conta de que deveria contatar a agência que coordenava os voluntários e/ou o professor da criança. No entanto, ficava inibida pela sua crença de que não deveria pedir ajuda. Após avaliar seus pensamentos automáticos e crenças sobre essa situação específica, Sally colocou em prática a solução que ela mesma havia concebido inicialmente.

Eu usei a autoexposição para ajudar Sally quando ela trouxe o problema da procrastinação. Ela estava adiando fazer a pesquisa para um trabalho que tinha que escrever. Eu lhe disse que frequentemente acho que os momentos ou minutos antes de dar início a uma tarefa que eu estava adiando são os mais desagradáveis. Depois que já comecei a realizar a tarefa, eu invariavelmente me sinto melhor. Sally reconheceu que costumava ter a mesma vivência, e nós definimos um experimento comportamental para ver o que aconteceria depois naquela tarde quando ela entrasse na internet para começar sua pesquisa.

Algumas soluções de problemas podem envolver mudanças de vida significativas. Após a avaliação cuidadosa de uma situação, você pode incentivar uma esposa agredida pelo marido a procurar ajuda ou tomar medidas legais. Se você tem pacientes que estão cronicamente insatisfeitos com seu trabalho, você poderá guiá-los na análise das vantagens e desvantagens de permanecer no trabalho atual *versus* procurar outro emprego. Nem todos os problemas, é claro, poderão ser melhorados. Em tais casos, no entanto, o paciente poderá mudar a sua *resposta* aos problemas, modificando as suas cognições. Ele poderá precisar aceitar o *status quo* e trabalhar para tornar mais gratificantes outros aspectos da sua vida.

Alguns pacientes são cronicamente preocupados com problemas que são muito improváveis de acontecer. Para esses pacientes, você poderá precisar ajudá-los a diferenciar entre problemas com pouca probabilidade e de maior probabilidade de ocorrer e entre tomar precauções racionais e irracionais. É possível que você também precise ajudá-los a aceitar a incerteza, a reconhecer e construir recursos pessoais e externos e a aumentar seu sentimento de autoeficácia, para que possam ter mais confiança de que se, surgirem problemas, eles serão capazes (sozinhos ou com a ajuda de outros) de manejá-los.

TOMANDO DECISÕES

Muitos pacientes, especialmente os que estão deprimidos, têm dificuldade para tomar decisões. Quando o paciente quer a sua ajuda nessa área, você pedirá que ele liste as vantagens e desvantagens de cada opção e, então, ajudará ele a imaginar um sistema para pesar cada item e tirar uma conclusão sobre qual opção parece ser a melhor (veja a Figura 15.1).

Vantagens do emprego

1. Ganhar dinheiro.
2. Talvez aprender novas habilidades.
3. Dar um tempo [illegible] que venho fazendo.
4. Conhecer pessoas diferentes.
5. Sentir-me mais produtiva.
6. É bom para o currículo.

Desvantagens do emprego

1. Tenho que encontrar um.
2. Menos tempo livre.
3. Posso não gostar.

Vantagens do curso de verão

1. Dois amigos vão fazer.
2. Poderia fazer uma cadeira a menos no segundo semestre.
3. [illegible]
4. Já é uma coisa conhecida.
5. Pais ajudam com os custos.
6. É mais fácil eu me matricular do que encontrar um emprego.

Desvantagens do curso de verão

1. Não ganharia dinheiro, e o curso precisa ser pago.
2. Não aumenta as minhas habilidades.
3. É mais do mesmo que venho fazendo.
4. Não faz eu me sentir produtiva.
5. Não conhecer novas pessoas.

FIGURA 15.1. Análise das Vantagens-Desvantagens de Sally.

TERAPEUTA: Você mencionou que queria ajuda para decidir entre fazer um curso de verão ou procurar um emprego?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Ok. (*Pega um pedaço de papel*) Deixe que eu lhe mostrar como pesar as vantagens e desvantagens. Você já fez isso alguma vez?

PACIENTE: Não. Pelo menos não por escrito. Eu já analisei mentalmente alguns prós e contras.

TERAPEUTA: Bom. Isso vai nos ajudar a começar. Eu acho que você vai descobrir que escrevê-los deixará mais clara a decisão. Por onde você quer começar – escola ou trabalho?

PACIENTE: Encontrar um emprego, eu acho.

TERAPEUTA: Ok. Escreva "Vantagens de um emprego" em cima à esquerda deste papel e "Desvantagens de um emprego" no alto à direita; e "Vantagens do curso de verão" e "Desvantagens do curso de verão" na parte inferior da folha.

PACIENTE: (*Faz isso*) Ok.

TERAPEUTA: O que você já andou pensando? Você pode anotar algumas vantagens e desvantagens de conseguir um emprego? (*Sally anota as ideias que teve até agora. Eu faço algumas perguntas para guiá-la.*) E quanto ao fato de você ter feito algo diferente – aproveitar um intervalo no trabalho da faculdade –; isso é uma vantagem?

PACIENTE: É (*Anota isso*)

TERAPEUTA: Um emprego de verão tomaria muito tempo do seu período de férias?

PACIENTE: Não, eu só pegaria um emprego que me permitisse passar as duas últimas semanas de agosto com a minha família.

Sally e eu continuamos nesse processo até ela achar que já havia feito os registros de forma completa e equânime dos dois lados. Repetimos o processo com a segunda opção. O exame das vantagens e desvantagens do curso de verão faz Sally se lembrar de outros itens para acrescentar às listas do "emprego". Igualmente, ela também examina os itens adicionais do "emprego" para ver se as suas contrapartes são relevantes para as listas do "curso de verão".

A seguir, ajudo Sally a avaliar os itens:

TERAPEUTA: Ok, parece que está bem completo. Agora, você precisa pesar os itens de alguma forma. Você quer circular os itens mais importantes – ou classificar a importância de cada um em uma escala de 1 a 10?

PACIENTE: Circular os itens, eu acho.

TERAPEUTA: Ok, vamos examinar as listas do "emprego". Que itens são mais importantes para você? (*Sally circula itens em cada coluna da Figura 15.1*) Dando uma olhada rápida no que você circulou, o que você acha?

PACIENTE: Eu gostaria de arranjar um emprego, porque se eu tivesse um, ganharia dinheiro e me sentiria produtiva; além disso seria bom dar uma parada na faculdade. Mas eu acho que seria muito difícil conseguir um.

TERAPEUTA: Vamos usar alguns minutos agora para falar sobre como você faria para procurar emprego? Depois podemos voltar a essa lista e ver se você ainda está disposta a fazer isso.

No fim da discussão, eu aumento a probabilidade de que Sally use essa técnica novamente:

TERAPEUTA: Você achou isso [o processo de listar e pesar as vantagens e desvantagens] útil? Consegue pensar em alguma outra decisão que poderia ter que tomar para a qual seria bom fazer a mesma coisa? Como você vai se lembrar de fazer desse jeito?

REFOCALIZAR

Conforme descrito no Capítulo 11, em geral, é melhor que o paciente avalie seus pensamentos automáticos na hora ou leia anotações da terapia que sejam pertinentes. Em algumas situações, no entanto, essa estratégia é impraticável ou não recomendável, e é indicado focalizar a atenção em outra coisa. A refocalização é particularmente útil quando é necessário concentração para a tarefa em questão, como, por exemplo, concluir uma tarefa prescrita, desenvolver uma conversa ou dirigir um carro. Também é útil quando o paciente está tendo pensamentos obsessivos para os quais a avaliação racional é ineficaz. Você vai ensiná-lo a nomear e aceitar sua experiência: "Eu estou apenas tendo pensamentos automáticos. Eu posso aceitar o fato de que os estou tendo, que estou me sentindo mal e que posso retomar o foco para o que eu estava fazendo antes". Então, o paciente deve deliberadamente voltar sua atenção ao relatório que está escrevendo, ao que o seu interlocutor está dizendo ou à estrada à sua frente. Você vai ensaiar a estratégia com ele, tentar investigar como ele retomou o foco da sua atenção no passado ou como ele acha que poderia ser no futuro.

TERAPEUTA: Ok, então uma alternativa quando você está se sentindo ansiosa em aula é responder a esses pensamentos. Mas, às vezes, você pode se sentir melhor simplesmente mudando o foco para o que está acontecendo em aula. Você já fez isso antes, já fez um esforço para se concentrar em aula?

PACIENTE: Ah... sim, acho que sim.

TERAPEUTA: E como fez isso?

PACIENTE: Bem, ajuda se eu começar a fazer muitas anotações.

TERAPEUTA: Bom. Que tal se nesta semana você tentar *não* se permitir ficar sobrecarregada pelos seus pensamentos negativos, ansiedade e tristeza, e, em vez disso, responder aos seus pensamentos ou redirecionar o foco e fazer muitas anotações, ou ambos?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Como você vai se lembrar de fazer isso?

Outras vezes, o paciente poderá estar muito perturbado para conseguir refocalizar sua atenção para uma tarefa ou poderá não ter uma tarefa específica para a qual direcionar a atenção. Atividades de

distração podem ser úteis em tais circunstâncias. Embora a distração não seja uma solução definitiva, poderá ser de utilidade usar uma técnica de curta duração. Novamente, torna-se necessário descobrir o que funcionou para o paciente no passado e, então, oferecer outras sugestões.

TERAPEUTA: Então você ficou muito nervosa por causa do relatório que teve que escrever?

PACIENTE: Sim, eu não conseguia me concentrar. Fui ficando cada vez mais ansiosa.

TERAPEUTA: O que você fez?

PACIENTE: Eu simplesmente comecei a andar pelo meu quarto.

TERAPEUTA: E isso ajudou?

PACIENTE: Não muito.

TERAPEUTA: Você experimentou responder aos seus pensamentos?

PACIENTE: Eu li as minhas anotações da terapia, mas elas não ajudaram. Eu não acreditava nelas, eu acho.

TERAPEUTA: (*Faz uma anotação*) Daqui a pouco, vamos tentar descobrir por que elas não foram úteis, mas primeiro deixe eu perguntar: por quanto tempo você ficou ansiosa?

PACIENTE: Por muito tempo. Não sei, talvez umas duas horas. Eu voltava para a mesa e tentava ler, mas simplesmente não conseguia.

TERAPEUTA: Você tentou se distrair?

PACIENTE: Não. Por fim, eu decidi não tentar mais e fui jantar.

TERAPEUTA: Você já tentou se distrair? O que você fez?

PACIENTE: Geralmente eu ligo a televisão.

TERAPEUTA: E o quanto geralmente isso funciona?

PACIENTE: Às vezes, eu consigo me descontrair e me sinto melhor; outras vezes, não.

TERAPEUTA: Ok, e se não funciona bem, o que mais você tenta?

PACIENTE: Às vezes, eu pego o jornal ou faço palavras cruzadas, mas isso nem sempre funciona, também.

TERAPEUTA: Alguma outra ideia?

PACIENTE: ...Não; na verdade, não.

TERAPEUTA: Posso mencionar algumas coisas que outras pessoas acham úteis? Você poderia tentar algumas delas como um experimento nesta semana: dar uma caminhada ou ir correr, telefonar ou mandar um *e-mail* para um amigo ou algum familiar, arrumar seu armário ou escrivaninha, colocar em dia o seu talão

de cheques, ir até o mercado, dar uma passada em um vizinho, jogar *videogame*, visitar seus *sites* favoritos... O que você acha? Gostaria de experimentar alguma dessas coisas nesta semana?

PACIENTE: Sim. Eu poderia fazer isso.

TERAPEUTA: Às vezes, as pessoas acham que atividades relaxantes são as melhores: tomar um longo banho, ouvir uma música animada, ler uma oração. O que você acha? Gostaria de anotar algumas possibilidades?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Quando estiver se sentindo menos angustiada, você poderá responder melhor aos seus pensamentos ou simplesmente retomar o que estava fazendo. No fim das contas, nós não queremos que você tenha que usar a distração, mas ela poderá ajudar por ora.

Contudo, você poderá achar que o paciente está se distraindo demais. Se ele não temer emoções negativas, o seguinte tipo de discussão poderá ser útil:

TERAPEUTA: Então, o que está dizendo é que você tem a tendência a tentar retirar os pensamentos da sua cabeça quando está se sentindo perturbada? É isso?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: E esses pensamentos, por exemplo, de que você não consegue fazer nada, saem completamente da sua cabeça?

PACIENTE: Não; em geral, eles voltam.

TERAPEUTA: Então, na verdade, você não está retirando-os completamente da cabeça, apenas empurrando-os para o fundo da mente, onde eles esperam por outra oportunidade de ressurgir e fazer você se sentir infeliz?

PACIENTE: Acho que sim.

TERAPEUTA: E, nesta semana, você estaria disposta, pelo menos durante algum tempo, a parar de se distrair e, em vez disso, realmente trabalhar nesses pensamentos, avaliá-los, como aprendeu a fazer na sessão?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: E, mesmo que na hora seja impossível fazer um Registro de Pensamentos, talvez você possa fazê-lo assim que tiver um tempo livre.

O paciente pode usar a distração para evitar a experiência da

emoção negativa. É imperativo que ele entenda plenamente que não precisa se distrair, porque embora sentir-se angustiado possa ser doloroso, não é perigoso. Se o paciente se distrai constantemente, ele não poderá aprender essa lição importante, e você precisará definir experimentos comportamentais para testar seus medos de vivenciar afetos fortes. Poderá ser benéfico você lhe ensinar a técnica AWARE, da página 218 (Beck e Emery, 1985), em que ele é instruído a aceitar a ansiedade, observá-la, agir em relação e ela, repetir esses passos e esperar o melhor.

MEDINDO OS HUMORES E O COMPORTAMENTO POR MEIO DO USO DA PLANILHA DE ATIVIDADES

Para alguns pacientes, será útil usar a planilha de atividades, não para agendar atividades, mas para monitorar seus humores quando estão envolvidos em várias atividades, para procurar por padrões de ocorrência. Por exemplo, um paciente com transtorno de ansiedade poderá preencher uma planilha listando atividades e classificando os níveis de ansiedade de 0 a 10 (ou leve, moderado, grave). Um paciente que é cronicamente irritado ou bravo poderá fazer da mesma forma com uma escala de raiva. O uso de tais escalas é particularmente útil para pacientes que parecem não perceber mudanças pequenas e moderadas no afeto ou para aqueles que cronicamente superestimam ou subestimam os graus de emoção.

Pacientes com comportamento problemático, como compulsão alimentar, fumo, gasto em excesso, jogos de azar, abuso de substância ou explosões de raiva, poderão registrar todas as suas atividades para investigar padrões de ocorrência, ou poderão simplesmente registar os comportamentos desadaptativos.

RELAXAMENTO E *MINDFULNESS*

Muitos pacientes se beneficiam com o aprendizado de técnicas de relaxamento, descritas em detalhes em outras fontes (Benson, 1975; Davis, Eshelman e McKay, 2008; Jacobson, 1974). Existem muitos tipos de exercícios de relaxamento, incluindo o relaxamento muscular progressivo, o uso do imaginário e o controle da respiração. O paciente pode obter fitas de relaxamento produzidas comercialmente, ou você pode seguir um roteiro e fazer uma gravação para ele durante a sessão. Você deve ensinar exercícios de relaxamento na sessão, onde poderá abordar os problemas e avaliar a eficácia. Seja cuidadoso, pois alguns pacientes vivenciam um efeito de estimulação paradoxal com os exercícios de relaxamento; na verdade, eles ficam mais tensos e ansiosos (Barlow, 2002; Clark, 1989). Como acontece com todas as técnicas, você vai propor que o paciente tente o relaxamento como um experimento; ou ele ajudará a reduzir a ansiedade, ou levará a pensamentos ansiosos que poderão ser avaliados.

As técnicas de *mindfulness* ajudam o paciente a observar e aceitar sem julgamentos suas experiências internas, sem avaliar ou tentar mudá-las. Um pequeno resumo das técnicas, particularmente para pessoas que apresentam ruminação, pode ser encontrado em Leahy (2010). A *mindfulness* está sendo integrada atualmente à terapia cognitivo-comportamental para inúmeros problemas, incluindo transtornos psiquiátricos, distúrbios médicos e estresse (Chiesa e Serretti, 2010a, 2010b). Para discussões mais amplas de *mindfulness*, veja Hayes e colaboradores (2004); McCown, Reibel e Micozzi (2010); Williams, Teasdale, Segal e Kabat-Zinn (2007); e Kabat-Zinn (1990).

PRESCRIÇÃO GRADUAL DE TAREFAS

Para atingir um objetivo, geralmente é necessário executar vários passos durante essa caminhada. O paciente tende a ficar apreensivo quando foca no quanto está distante de um objetivo, em vez de focar no seu passo atual. Uma descrição gráfica dos passos costuma ser tranquilizadora (veja a Figura 15.2).

TERAPEUTA: Sally, parece que você fica nervosa simplesmente por pensar em falar em aula mesmo voluntariamente, embora isso seja algo que você quer ser capaz de fazer.

PACIENTE: É.

TERAPEUTA: Como será que poderíamos dividir isso em dois passos? Você poderia, por exemplo, começar simplesmente fazendo uma pergunta *depois* da aula, seja para um aluno ou ao professor?

PACIENTE: É. Acho que eu conseguiria fazer isso.

TERAPEUTA: E qual poderia ser o próximo passo? (*Guia Sally na identificação dos passos apresentados na Figura 15.2*)

TERAPEUTA: Ainda lhe parece assustador pensar em falar em aula?

PACIENTE: É, um pouco.

TERAPEUTA: (*Desenha uma escada*) Ok, aqui está o que você precisa lembrar. Você vai começar aqui embaixo, fazendo alguma coisa que seja apenas um pouco difícil, e ficará muito confortável nesse passo antes de tentar o passo seguinte, e assim por diante. Lembre-se, antes de tentar o passo final, você terá que estar se sentindo realmente muito bem no passo abaixo dele. Ok?

PACIENTE: Uh-huh.

TERAPEUTA: Então, cada vez que você começar a pensar no objetivo final, que tal lembrar desta escada e especialmente do passo em que você está no momento? Você acha que isso vai ajudar a reduzir a ansiedade?

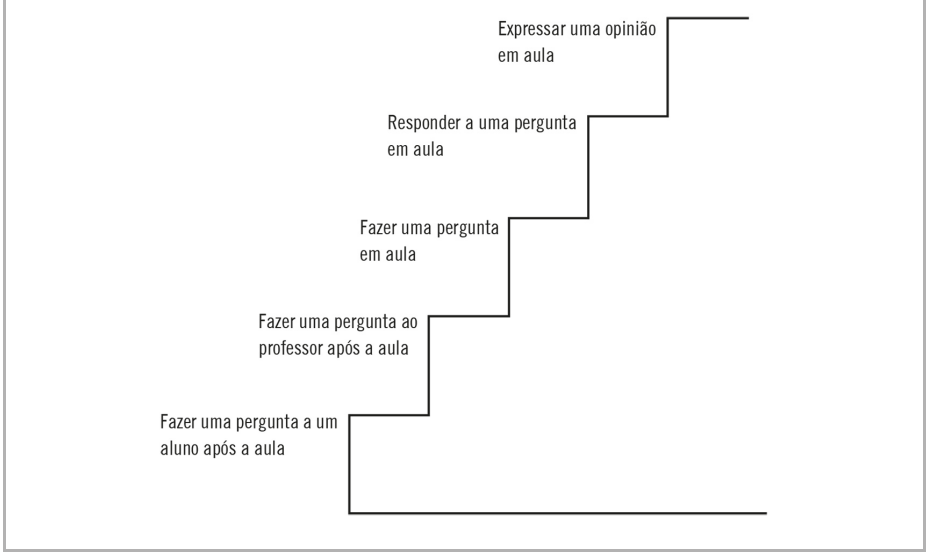


FIGURA 15.2. Quebrando Metas em Etapas.

EXPOSIÇÃO

Um paciente deprimido e ansioso geralmente utiliza a esquiva, uma estratégia de enfrentamento. Ele pode se sentir sem esperança para se engajar em certas atividades ("Não vai adiantar telefonar para os meus amigos. Eles não vão querer me ver") ou temeroso ("Se eu [realizar esta atividade], algo de ruim vai acontecer"). A esquiva pode estar aparente (p. ex., pacientes que passam boa parte do tempo na cama, evitando atividades de autocuidado, tarefas de casa, socialização, atividades corriqueiras) ou pode ser mais sutil (p. ex., pacientes socialmente ansiosos que evitam o contato visual, sorrir para os outros, conversar e dar suas opiniões). Estas últimas esquivas são *comportamentos de segurança* (Salkovskis, 1996) que o paciente acredita que afastarão a ansiedade. Ao mesmo tempo que a esquiva tende a trazer alívio imediato (e, assim, é reforçadora), ela perpetua o problema. O paciente não tem oportunidade de testar seus pensamentos automáticos e recebe informações discordantes.

Quando o paciente está ansioso e significativamente evitativo, você apresentará uma forte razão lógica para se expor às situações temidas. Ajude-o a identificar uma atividade que esteja associada a um baixo ou moderado desconforto e peça que se envolva todos os dias nessa atividade (ou até mesmo várias vezes por dia, se for viável), até que sua ansiedade tenha diminuído significativamente. Então, identifique uma nova situação que seja um pouco mais difícil e incentive a exposição frequente até que ele possa fazê-lo com relativa facilidade, e assim por diante.

Você pode discutir várias técnicas de enfrentamento para usar antes, durante e depois de cada tarefa: Registros de Pensamentos, cartões de enfrentamento ou exercícios de relaxamento, por exemplo. Para pacientes particularmente evitativos, é indicado o ensaio encoberto (páginas 325-327) para identificar pensamentos automáticos disfóricos ou as desculpas para não executar uma tarefa prescrita. Além disso, você poderá descobrir que o paciente tem mais probabilidade de realizar um trabalho diário seguindo uma hierarquia de exposição gradual se lhe pedir que preencha um monitoramento diário, que pode ser simples, listando apenas a data, a atividade e o nível de ansiedade, ou mais elaborado (veja a Figura 15.3).

Em um controle mais elaborado, você também poderá pedir que o paciente registre e *marque* as predições que não se tornaram realidade, uma tarefa que o faz lembrar ainda mais da inadequação de muitos dos seus pensamentos. Descrições detalhadas do processo utilizado

para desenvolver hierarquias para tratar agorafobias podem ser encontradas em várias fontes (p. ex., Goldstein e Stainback, 1987).

Dobson e Dobson (2009) descrevem planos para sessões eficazes de exposição, possíveis alvos e fatores que diminuem a eficácia da exposição.

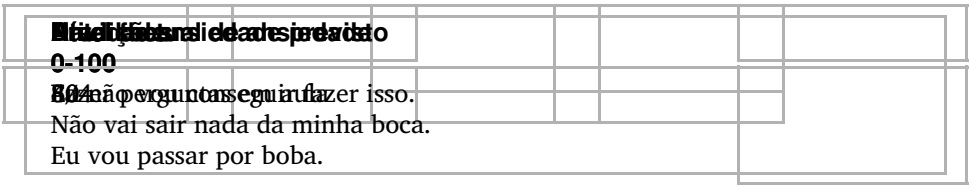


FIGURA 15.3. Monitoramento Feito pelo Paciente.

ROLE-PLAY

O *role-play,* ou dramatização, é uma técnica que pode ser usada para uma ampla variedade de propósitos. Descrições de dramatização podem ser encontradas ao longo de todo este livro, incluindo a dramatização para evocar pensamentos automáticos, desenvolver uma resposta adaptativa e modificar crenças intermediárias e nucleares. A dramatização também é útil na aprendizagem e prática de habilidades sociais.

Alguns pacientes apresentam frágeis habilidades sociais de modo geral ou são melhores em um estilo de comunicação, mas não têm habilidades para adaptar seu estilo quando necessário. Sally, por exemplo, é razoavelmente boa em uma conversa social normal e em situações que requerem uma postura cuidadosa e empática. Entretanto, ela tem muito menos habilidades nas situações em que ser assertiva é o mais adequado. Nós duas nos engajamos em uma série de *role-plays* para praticar a assertividade.

PACIENTE: Eu não sei nem mesmo como vou começar a falar com o professor.

TERAPEUTA: Bem, você quer que ele a ajude a entender melhor este conceito, certo? O que você gostaria de dizer?

PACIENTE: ...Eu não sei.

TERAPEUTA: Bem, que tal se nós fizermos uma dramatização? Eu serei você, e você fará o papel do professor. Você pode representá-lo como o mais insensível possível.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Vou começar: Professor X, você poderia explicar este conceito?

PACIENTE: (*asperamente*) Eu já fiz isso em aula na semana passada. Você não estava?

TERAPEUTA: Na verdade, eu estava. Mas ainda não entendo muito bem.

PACIENTE: Bem, você deve ler o capítulo do livro.

TERAPEUTA: Eu já fiz isso, mas também não ajudou muito. É por isso que estou aqui agora.

PACIENTE: Ok, o que você não entendeu?

TERAPEUTA: Eu tentei pensar uma pergunta específica antes de vir, mas não consegui pensar em como me expressar. Você poderia

passar alguns minutos apenas descrevendo, e depois eu poderei ver se consigo colocar nas minhas próprias palavras?

PACIENTE: Você sabe, eu não tenho muito tempo agora. Por que você não procura por outra pessoa da sua turma?

TERAPEUTA: Eu gostaria de saber diretamente de você. É por isso que vim agora durante o horário do seu plantão. Mas se preferir, posso voltar na quinta-feira, quando você estiver de plantão novamente.

PACIENTE: Este é um conceito simples. Você realmente deveria perguntar a outro aluno.

TERAPEUTA: Vou tentar isso primeiro. Se eu precisar de mais ajuda, voltarei na quinta-feira... Ok, fora do papel. Vamos examinar o que eu fiz, e depois podemos trocar os papéis.

Antes de ensinar habilidades sociais ao paciente, você deve avaliar o nível das habilidades que ele já apresenta. Muitos sabem precisamente o que fazer e dizer, mas têm dificuldade em usar esse conhecimento devido a pressupostos disfuncionais (p. ex., "Se eu expressar uma opinião, eu vou ser ignorado", "Se eu for assertivo, a outra pessoa vai se magoar/ficar brava/achar que eu estou passando dos limites"). Uma forma de avaliar as habilidades é fazer o paciente presumir um resultado positivo: "Se você soubesse com certeza que o professor estaria disposto a ajudá-la, o que você diria?", "Se você realmente acreditasse que é um direito seu ter ajuda, o que você diria?", "Se você soubesse que o professor voltaria atrás e perceberia que estava sendo insensível, o que você diria?".

Outra indicação de que o problema está associado a crenças disfuncionais, e não a um déficit nas habilidades, é o uso que o paciente faz dessas habilidades em outro contexto. Ele pode ser bastante assertivo no trabalho, por exemplo, mas não com os amigos. Nesse caso, você poderá não precisar usar a dramatização para ensinar essas habilidades assertivas (embora pudesse usar a dramatização para fazer o paciente identificar seus pensamentos automáticos enquanto está sendo assertivo ou prever pensamentos e sentimentos da outra pessoa quando os papéis forem trocados).

USANDO A TÉCNICA DA "TORTA"

Frequentemente, é útil aos pacientes ver suas ideias em forma de gráfico. Um quadro com uma torta pode ser usado de muitas maneiras, como, por exemplo, para ajudar o paciente a definir objetivos ou determinar a responsabilidade relativa para um determinado resultado, ambos ilustrados a seguir (veja a Figura 15.4).

Definindo Objetivos

Quando o paciente tem dificuldade para especificar seus problemas e as mudanças que gostaria de fazer na sua vida ou quando não tiver *insight* sobre o desequilíbrio na sua vida, ele poderá se beneficiar com uma representação gráfica do seu gasto de tempo ideal *versus* real.

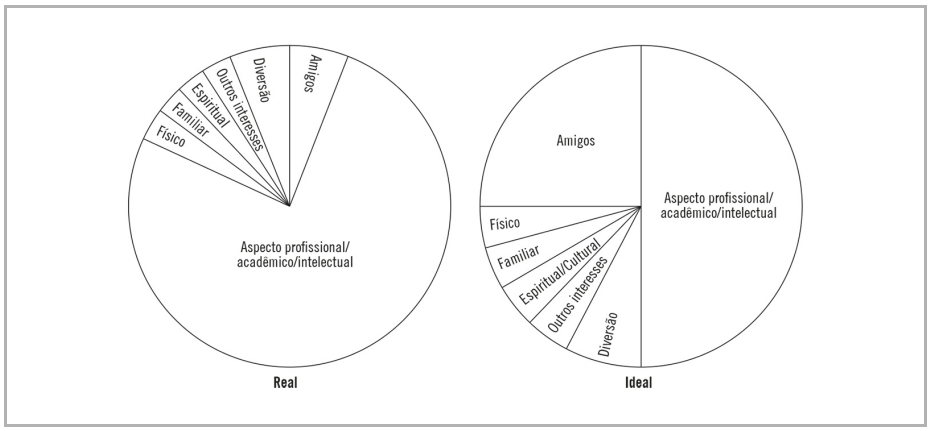


FIGURA 15.4. Uso dos Quadros com Tortas na Definição dos Objetivos.

TERAPEUTA: Parece que você sabe que a sua vida não está muito em equilíbrio, mas não sabe como mudar – é isso?

PACIENTE: Sim, acho que sim.

TERAPEUTA: Que tal desenharmos um diagrama de uma torta para ajudar a entender?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Primeiro, vamos criar um diagrama da sua vida atual e, depois, um ideal. Pense em quanto tempo você está realmente gastando nestas áreas:

Trabalho Atenção ao seu físico Amigos Atenção à sua família Atenção ao seu lado espiritual/ cultural/intelectual Atenção Família Outros interesses

TERAPEUTA: Você pode desenhar uma torta e dividi-la para me dar uma ideia *aproximada* de como você está passando seu tempo agora?

PACIENTE: (*Faz isso*)

TERAPEUTA: Ok, agora, o que mudaria quanto a isso em um mundo ideal?

PACIENTE: Bem... Acho que eu trabalharia menos, provavelmente tentaria me divertir mais... passaria mais tempo com os amigos, faria mais atividades físicas, leria mais, coisas assim.

TERAPEUTA: Bom. E como seria isso nessa torta ideal?

PACIENTE: (*Preenche a torta "ideal"*) [expressando um pensamento automático] Mas tenho medo de que se eu passar menos tempo trabalhando, vou realizar ainda menos coisas do que agora.

TERAPEUTA: Ok, vamos anotar essa previsão. Pode ser que você esteja certa; em tal caso, você sempre poderia voltar à quantidade de trabalho que está fazendo agora. Ou você pode estar errada. É possível que, se trabalhar um pouco menos e fizer coisas mais prazerosas, o seu humor melhore. Caso melhore, é possível que você se concentre melhor e trabalhe com mais eficiência? O que você acha?

PACIENTE: Não tenho certeza.

TERAPEUTA: Em todo caso, podemos testar sua previsão e ver o que acontece.

PACIENTE: Eu sei que é um fato eu não estar trabalhando com tanta eficiência atualmente.

TERAPEUTA: Então pode ser que, depois que você restabelecer o equilíbrio na sua vida e estiver se sentido melhor por fazer coisas de que gosta, você poderá se sair melhor com menos trabalho.

Após uma discussão como essa, você trabalharia com o paciente para definir objetivos específicos para aproximar do seu ideal o uso que ele faz do tempo.

Determinando a Responsabilidade

Outra técnica permite que o paciente visualize graficamente as possíveis causas de um determinado resultado (veja a Figura 15.5).

TERAPEUTA: Sally, o quanto você acredita que tirou um "C" na prova por ser basicamente incompetente?

PACIENTE: Ah, perto de 100%.

TERAPEUTA: Eu me pergunto: poderia haver outros motivos?

PACIENTE: ...Bem, havia algumas coisas na prova que na verdade não tínhamos visto em aula.

TERAPEUTA: Ok, mais alguma coisa?

PACIENTE: Eu faltei a duas aulas, então tive que pedir emprestadas as anotações, e as anotações da Lisa não eram boas.

TERAPEUTA: Mais alguma coisa?

PACIENTE: Não sei. Eu estudei muito algumas coisas que acabaram não caindo na prova.

TERAPEUTA: Parece que você não teve muita sorte nesse aspecto.

PACIENTE: Não, e ainda por cima eu quase não estudei algumas coisas que *caíram* na prova. Eu calculei errado.

TERAPEUTA: Algum outro motivo que explique por que você não se saiu tão bem como gostaria?

PACIENTE: Humm. Não consigo pensar em mais nada.

TERAPEUTA: Teve alguém que se saiu muito bem?

PACIENTE: Não sei.

TERAPEUTA: Você diria que foi uma prova difícil?

PACIENTE: Sim, muito difícil.

TERAPEUTA: Você diria que o professor fez um ótimo trabalho ao explicar a matéria?

PACIENTE: Não. Eu não acho que ele tenha feito um ótimo trabalho. Eu tive que me basear principalmente nas leituras. Algumas vezes, eu ouvi pessoas dizendo que não tinham conseguido acompanhar o que ele estava dizendo.

TERAPEUTA: Eu estava pensando: você não estaria com problemas de concentração devido à sua depressão e ansiedade?

PACIENTE: Com certeza.

TERAPEUTA: Ok, vamos ver como isso tudo ficaria graficamente. Aqui, temos um gráfico de torta. Vamos deixar que você a divida em partes para explicar por que você tirou um "C" na prova, incluindo (1) o professor não ensinou muito bem; (2) o teste foi muito difícil; (3) você não calculou bem o material a ser estudado; (4) você pediu emprestadas anotações de aula que não eram muito

boas; (5) havia material na prova que não foi visto em aula; (6) a sua depressão e ansiedade interferiram na sua concentração; e (7), no fundo, você é uma pessoa incompetente.

PACIENTE: (*Preenche o diagrama da torta* [Figura 15.5])

TERAPEUTA: Parece que você dividiu as seções muito equilibradamente. O quanto você acredita agora que tirou um "C" na prova por ser uma pessoa incompetente?

PACIENTE: Menos. Talvez 50%.

TERAPEUTA: Bom. Esta é uma redução expressiva.

Ao investigar a contribuição das explicações alternativas, peça que o paciente avalie a atribuição disfuncional (nesse caso, "Eu sou incompetente") para que ele possa considerar mais adequadamente todas as explicações.

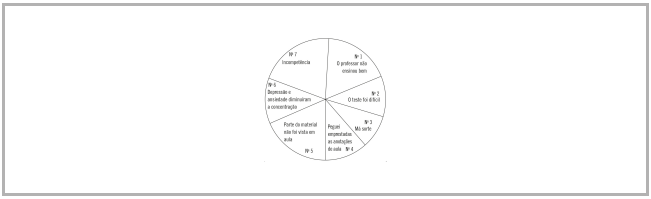


FIGURA 15.5. Quadro com a Torta das Causas.

AUTOCOMPARAÇÕES E LISTAS DE MÉRITOS

Pacientes com transtornos psiquiátricos têm uma propensão negativa no processamento da informação, especialmente quando se autoavaliam. Eles tendem a notar dados que poderiam ser interpretados como negativos e a ignorar, não valorizar ou até mesmo esquecer informações que sejam positivas. Além disso, frequentemente fazem comparações disfuncionais: eles se comparam no presente a como eram antes do início do seu transtorno, a como gostariam de ser, ou se comparam com outras pessoas que não têm um transtorno psiquiátrico. Essa parcialidade negativa da atenção ajuda a manter ou aumentar a disforia.

Alterando a Autocomparação

Na transcrição a seguir, eu ajudo Sally a ver que sua atenção seletiva negativa e suas comparações são disfuncionais. Então, ensino-a a fazer comparações mais funcionais (consigo mesma, no seu pior momento) e a fazer uma lista de méritos.

TERAPEUTA: Sally, parece que você está muito deprimida. Acha que fez alguma coisa nesta semana para a qual merece crédito?

PACIENTE: Bem, eu terminei o meu trabalho de Literatura.

TERAPEUTA: Mais alguma coisa?

PACIENTE: Humm... não consigo pensar em mais nada.

TERAPEUTA: Será que você pode não ter percebido algumas coisas?

PACIENTE: Não sei.

TERAPEUTA: Por exemplo, a quantas aulas você foi?

PACIENTE: A todas elas.

TERAPEUTA: Em quantas delas você fez anotações?

PACIENTE: Em todas elas.

TERAPEUTA: Foi fácil fazer? Ou você teve que se esforçar para se concentrar?

PACIENTE: Foi difícil. Mas eu deveria ter conseguido fazer mais facilmente. Provavelmente ninguém mais teve que se esforçar.

TERAPEUTA: Ah... Parece que você está se comparando de novo com outras pessoas. Você faz muito isso?

PACIENTE: É, acho que sim.

TERAPEUTA: Esta parece ser uma comparação justa para você? Você seria tão dura consigo, por exemplo, se tivesse que se esforçar para ir à aula e se concentrar se tivesse pneumonia?

PACIENTE: Não, eu teria uma razão legítima para estar cansada.

TERAPEUTA: Exatamente. E agora você teria uma razão legítima para estar cansada? Talvez você *realmente* mereça crédito quando se esforça. Lembra-se da primeira sessão, quando conversamos sobre os sintomas de depressão: cansaço, pouca energia, problemas de concentração, distúrbios do sono e apetite, etc.?

PACIENTE: Uh-huh.

TERAPEUTA: Então talvez você *realmente* mereça crédito por se esforçar, considerando-se que está deprimida?

PACIENTE: Eu não tinha pensado dessa maneira.

TERAPEUTA: Ok, vamos examinar duas coisas agora: o que fazer quando você se compara aos outros e como ficar de olho nos méritos que merece. Ok, o que acontece a seu humor quando você se compara com os outros, por exemplo, quando pensa: "Ninguém mais tem que se esforçar em aula e fazer anotações"?

PACIENTE: Eu me sinto muito mal.

TERAPEUTA: E o que aconteceria se você dissesse a si mesma: "Esta não é uma comparação razoável. Deixe eu me comparar *comigo mesma* no meu pior momento, quando eu ficava muito no quarto e não conseguia me concentrar em aula"?

PACIENTE: Bem, eu me daria conta de que estou me saindo muito melhor agora.

TERAPEUTA: E o seu humor iria piorar?

PACIENTE: Não, provavelmente iria melhorar.

TERAPEUTA: Você gostaria de experimentar essa comparação como exercício de casa?

PACIENTE: Uh-huh.

TERAPEUTA: Ok, então anote isto na sua folha de tarefas: "Ter cuidado quando eu me comparar com pessoas não deprimidas. Então, lembrar-me de que isso não é razoável e, em vez disso, comparar-me a mim mesma no meu pior momento".

O paciente também poderá ter pensamentos automáticos em que se compara no presente ao que gostaria de ser (p. ex., "Eu deveria conseguir ler este capítulo com facilidade") ou ao que era antes de ficar deprimido (p. ex., "Isto era tão fácil para mim antes"). Nesse caso, ajude-o a focar no quanto ele progrediu desde o seu pior

momento, em vez de olhar para o quanto está distante de onde teria que estar.

Quando o paciente estiver no seu pior momento, você vai modificar a abordagem:

TERAPEUTA: Parece que você se sente muito deprimida quando se compara com outras pessoas ou com o que gostaria de ser. Acho que seria útil, nesses momentos, lembrar que você tem uma lista de objetivos e que juntas estamos desenvolvendo um plano para ajudá-la a fazer as mudanças. Se você se lembrasse de que somos uma equipe que está trabalhando para levá-la onde você quer estar, o que poderia acontecer ao seu humor?

Listas de Méritos

As listas de méritos são simplesmente listas diárias (mentais ou por escrito) de coisas positivas que o paciente está fazendo ou de itens pelos quais merece crédito (veja a Figura 15.6). Como ocorre com todas as tarefas, primeiro, eu apresento a justificativa:

(Coisas que eu fiz e que foram positivas ou foram um pouco difíceis, mas eu as fiz de qualquer forma)
1. Tentei seguir o que foi dito na aula de Estatística.
2. Terminei o trabalho e mandei por *e-mail* [ao professor].
3. Conversei com Julie no almoço.
4. Telefonei a Jeremy para confirmar a tarefa de Química.
5. Fui dar uma corrida em vez de dormir.
6. Li o Capítulo 5 do livro de Economia.

FIGURA 15.6. Lista de Méritos de Sally.

TERAPEUTA: Sally, eu gostaria de descrever um exercício de casa que acho que poderia ajudar. Nós já conversamos sobre como você tem muitos e muitos pensamentos autocríticos. E o que acontece ao seu humor cada vez que você tem um pensamento como "Eu deveria estar fazendo isto melhor" ou "Eu fiz um trabalho ruim"?

PACIENTE: Eu me sinto pior.

TERAPEUTA: Pois é. E o que você acha que aconteceria se começasse a perceber mais coisas *boas* acontecendo?

PACIENTE: Provavelmente eu me sentiria melhor.

TERAPEUTA: Ok. Agora, você diria que seria razoável que *eu* me desse crédito se estivesse cansada devido a uma pneumonia ou

depressão, mas mesmo assim me esforçasse para sair da cama, viesse trabalhar e atendesse a meus pacientes, mandasse *e-mails*, etc.?

PACIENTE: Certamente.

TERAPEUTA: Mesmo que eu não fizesse essas coisas tão bem quanto normalmente?

PACIENTE: Bem, com certeza.

TERAPEUTA: Porque suponho que em vez disso eu poderia ter ficado na cama e puxado as cobertas para tapar a cabeça.

PACIENTE: Certo.

TERAPEUTA: Então, essa mesma coisa se aplica a você? *Você* merece crédito por se esforçar e ir em frente?

PACIENTE: Acho que sim.

TERAPEUTA: Sabe, provavelmente é difícil para você lembrar de se dar crédito fora da nossa sessão. É por isso que estou sugerindo que tenha uma lista por escrito de coisas pelas quais merece crédito. O que você acha?

PACIENTE: Eu poderia tentar.

TERAPEUTA: (*começando a prescrição na sessão*) Aqui, vamos começar agora, se você concordar. Que nome você quer dar a isto – "lista de méritos"? Algum outro nome?

PACIENTE: Lista de méritos está bom.

TERAPEUTA: Bom. Agora, você pode escrever nela apenas as coisas positivas que fez ou, então, pode pensar: "O que eu fiz hoje que foi um pouco difícil, mas fiz de qualquer forma?".

PACIENTE: Ok. (*Anota as instruções*)

TERAPEUTA: Vamos começar por hoje. O que você já fez hoje?

PACIENTE: (*Escreve enquanto fala*) Vamos ver, eu fui à aula de Estatística... foi meio difícil de acompanhar, mas eu tentei... Terminei o trabalho e mandei por *e-mail* ao professor... Conversei com a amiga da minha colega de quarto, que almoçou conosco...

TERAPEUTA: Já é um bom começo. O que você acha da ideia de fazer isso todos os dias?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Acho que você vai se lembrar melhor das coisas se anotá-las imediatamente. Mas, se não puder, tente pelo menos anotá-las no almoço, jantar ou antes de ir para a cama. Acha que pode fazer isso?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Você acha que precisa anotar *por que* está fazendo essa tarefa?

PACIENTE: Não, eu vou me lembrar. Ela faz eu me focar em coisas boas e me sentir melhor.

Preencher a lista de méritos no começo do tratamento também ajuda a preparar o paciente para a tarefa posterior de evocar dados positivos para a Planilha das Crenças Nucleares (Capítulo 11).

Em resumo, existem muitas técnicas cognitivas e comportamentais; este livro descreve algumas das mais comuns. Os leitores são incentivados a fazer leituras adicionais para aumentar o seu repertório.

Capítulo 16

IMAGINÁRIO

Muitos pacientes vivenciam os pensamentos automáticos não somente como palavras não faladas na sua mente, mas também na forma de quadros mentais ou imagens (Beck e Emery, 1985). Sally teve o pensamento: "[Meu colega de aula] vai achar que estou obrigando-o a emprestar, se pedir [uma cópia das suas anotações]". Ao indagar, verifiquei que, quando Sally vivenciava esse pensamento, ela simultaneamente imaginava seu colega aparentando irritação. Essa imagem é um pensamento automático imaginal.

Este capítulo demonstra como ensinar o paciente a identificar suas imagens espontâneas e como intervir terapeuticamente tanto nas imagens espontâneas quanto nas induzidas. Embora muitos pacientes tenham imagens visuais, poucos relatam. Meramente perguntar sobre imagens, mesmo que seja repetidamente, por vezes não é suficiente para evocá-las. As imagens costumam ser muito breves e com frequência são perturbadoras; muitos pacientes tiram-nas da cabeça muito rapidamente. A falha em identificar e responder a imagens perturbadoras poderá resultar em sofrimento constante para o paciente.

IDENTIFICANDO IMAGENS

Você vai precisar estar alerta à possibilidade de os pensamentos do paciente ocorrerem na forma imaginária, porque muitos deles relatam espontaneamente as imagens, mas alguns têm dificuldade em identificá-las mesmo quando estimulados. Na transcrição seguinte, eu tento averiguar se Sally teve uma imagem espontânea com um pensamento automático verbal.

TERAPEUTA: Então você teve o pensamento "Eu não vou conseguir dar conta de um trabalho de meio turno" e sentiu-se triste?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Quando você teve esse pensamento, veio alguma imagem à sua mente?

PACIENTE: Acho que não entendi o que você quer dizer.

TERAPEUTA: "Não dar conta" de um trabalho se parece com alguma coisa?

PACIENTE: Eu acho que me enxerguei caminhando de volta para o dormitório tarde da noite, sentindo-me desanimada e meio sobrecarregada.

TERAPEUTA: Mais alguma coisa?

PACIENTE: Eu estava caminhando muito lentamente, sentindo-me exausta, carregando uma mochila muito pesada.

TERAPEUTA: Ok. Esse quadro, ou imaginação, é o que chamamos de imagem.

Às vezes, o paciente não consegue entender o conceito quando o terapeuta usa apenas a palavra "imagem". Os sinônimos incluem figura mental, imagem visual, visualização, devaneio, fantasia, imaginação, imagística e lembrança. Caso Sally não tivesse conseguido relatar uma imagem, eu poderia ter tentado usar uma dessas palavras diferentes ou optado por ajudá-la a criar uma imagem (se um objetivo terapêutico para essa sessão fosse ajudá-la a reconhecer imagens). Eu poderia ter induzido uma imagem neutra ou positiva ("Descreva para mim como é o lado de fora da sua casa" ou "Imagine que você está entrando nesse prédio. O que você vê?") ou ter tentado induzir uma imagem relativa a uma situação angustiante, conforme descrito a seguir.

TERAPEUTA: Você imaginou como ficaria o seu professor quando você lhe pedisse ajuda? Ele parecia feliz?

PACIENTE: Eu não acho que eu tenha imaginado como ele ficaria.

TERAPEUTA: [ajudando Sally a pensar mais especificamente] Você conseguiria imaginar agora? Consegue se imaginar indo até ele? Quando você se aproximaria dele?

PACIENTE: Oh, provavelmente na terça-feira. É quando ele está trabalhando.

TERAPEUTA: Então ele estaria na sala dele?

PACIENTE: É.

TERAPEUTA: Em que prédio fica?

PACIENTE: Bennett Hall.

TERAPEUTA: Ok, você consegue imaginar agora? É terça-feira, você está indo até o Bennett Hall... Você está indo até a sala dele... Consegue enxergar isso mentalmente? A porta está aberta ou fechada?

PACIENTE: Fechada.

TERAPEUTA: Ok, você consegue se enxergar batendo na porta? O que ele diz quando ouve você bater?

PACIENTE: Ele diz: “Entre”. (*Imita a voz rude do professor*)

TERAPEUTA: Ok, você consegue se enxergar entrando? Como está o rosto dele?

PACIENTE: Ele está carrancudo.

TERAPEUTA: E o que acontece então? (*Sally e eu acompanhamos a cena até seu ponto mais angustiante*) Ok, essa cena que você acabou de visualizar é o que chamamos de “imagem”. Você acha que pode ter tido uma imagem como essa quando estava considerando ir falar com ele nesta semana?

PACIENTE: Talvez... Não tenho certeza.

TERAPEUTA: E que tal se, como exercício de casa, você procurasse por imagens quando perceber que está ficando perturbada e também procurasse por pensamentos automáticos?

PACIENTE: Ok.

EDUCANDO O PACIENTE SOBRE O IMAGINÁRIO

Alguns pacientes conseguem identificar imagens, mas não as relatam porque suas imagens são vívidas e angustiantes. Eles podem ficar relutantes em reexperimentar o sofrimento ou temer que você os veja como perturbados. Se você suspeitar de um desses aspectos, normalize a experiência das imagens.

TERAPEUTA: Sally, eu não sei se você *está* tendo imagens. A maioria das pessoas tem, mas geralmente elas estão mais conscientes da emoção que acompanha a imagem do que da imagem em si. Às vezes, as imagens parecem muito estranhas, mas, na verdade, é comum que se tenha todo tipo de imagens – tristes, assustadoras, até mesmo violentas. O único problema é se *você* acha que você é estranha por ter as imagens. Você consegue se lembrar de alguma imagem que teve recentemente?

PACIENTE: Não, acho que não.

TERAPEUTA: Bem, nós combinamos, nesta semana que você vai ficar alerta às imagens quando notar que seu humor está se alterando. Se você *estiver* tendo imagens angustiantes, eu vou lhe ensinar o que pode fazer a respeito.

Normalizar e ensinar o paciente a respeito das imagens ajuda a reduzir sua ansiedade e aumenta a probabilidade de que ele consiga identificar suas imagens. Na transcrição anterior, eu indico que Sally vai aprender a responder às imagens, o que significa que ela poderá obter controle sobre sua angústia.

Com frequência, você terá que ser diligente em ensinar o paciente a identificar imagens até que ele "se familiarize". A maioria dos pacientes, no início, simplesmente não está consciente das imagens, e muitos terapeutas, após algumas tentativas, acabam desistindo. Se você formar uma imagem visual enquanto o paciente está descrevendo uma situação, poderá usá-la como um indício para investigar alguma imagem que seu paciente poderá ter experimentado:

TERAPEUTA: Sally, quando você estava descrevendo como teme que a sua colega de quarto vá reagir, formei uma imagem na *minha* mente, mesmo que eu não a conheça. Você já formou uma imagem de como ela poderia reagir quando você abordasse o problema do barulho?

RESPONDENDO ÀS IMAGENS ESPONTÂNEAS

Quando o paciente tem imagens angustiantes, existem muitas estratégias que você pode ensinar. As primeiras sete técnicas ajudam o paciente a reduzir seu sofrimento ao encarar a situação de uma forma diferente; a última proporciona uma trégua temporária, fazendo o paciente focar em outra coisa. É importante que você alerte o paciente de que ele precisará praticar as técnicas dentro e fora da sessão para que consiga utilizá-las de forma efetiva.

Seguir as Imagens até a Conclusão

Essa técnica é geralmente a mais útil. Ela pode ajudar você e o seu paciente a conceituar melhor o problema, levar à reestruturação cognitiva da imagem e proporcionar alívio. Você vai incentivar o paciente a continuar visualizando uma imagem espontânea até que aconteça uma das duas coisas: ou o paciente se imagina resolvendo uma crise e sentindo-se melhor, ou então imagina uma catástrofe irreversível, como a morte. (Neste último caso, você poderá explorar as consequências temidas e o significado da catástrofe irreversível e interferir mais.) A transcrição a seguir ilustra a primeira situação; a paciente se imagina resolvendo uma dificuldade particular.

TERAPEUTA: Ok, Sally, você consegue formar essa imagem na mente, novamente? Conte em voz alta como você a imagina, da forma mais nítida que conseguir.

PACIENTE: Eu estou sentada, na sala de aula. Meu professor está dando a prova. Eu estou olhando para a prova, e me deu um branco. Leio a primeira questão. Nada está fazendo sentido. Eu vejo todos ocupados escrevendo. Estou pensando: “Eu estou paralisada. Eu vou rodar”.

TERAPEUTA: E você está se sentindo...?

PACIENTE: Muito, muito ansiosa.

TERAPEUTA: Acontece mais alguma coisa?

PACIENTE: Não.

TERAPEUTA: Ok. [dando psicoeducação] Isso é muito típico. Você interrompeu a imagem no *pior* ponto, quando estava tendo um branco e se sentindo paralisada. Agora, eu gostaria que você

imaginasse o que acontece a seguir.

PACIENTE: Humm. Não tenho certeza.

TERAPEUTA: Bem, você permanece assim durante toda a hora da prova?

PACIENTE: Não, acho que não.

TERAPEUTA: Você consegue descrever o que acontece a seguir?... Se está olhando à sua volta e vendo os outros alunos, se está realmente paralisada?

PACIENTE: Não, acho que não.

TERAPEUTA: O que você vê acontecendo a seguir?

PACIENTE: Eu olho de novo para a minha prova, mas não consigo manter o foco.

TERAPEUTA: Então o que acontece?

PACIENTE: Eu pisco. A primeira questão não faz nenhum sentido para mim.

TERAPEUTA: Ok, e depois?

PACIENTE: Eu passo para a questão seguinte. Não tenho certeza da resposta.

TERAPEUTA: E depois?

PACIENTE: Eu continuo até achar uma questão sobre a qual eu saiba alguma coisa.

TERAPEUTA: E depois?

PACIENTE: Acho que eu escrevo a resposta.

TERAPEUTA: Você consegue se ver escrevendo a resposta?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Bom. E então?

PACIENTE: Eu continuo até encontrar mais alguma coisa que eu possa responder.

TERAPEUTA: E depois?

PACIENTE: Eu volto às primeiras questões, tento escrever alguma coisa.

TERAPEUTA: Bom. E então?

PACIENTE: Bem, finalmente eu termino o que eu puder.

TERAPEUTA: E depois?

PACIENTE: Eu entrego a prova.

TERAPEUTA: E então?

PACIENTE: Acho que eu vou para a minha próxima aula.

TERAPEUTA: E depois?

PACIENTE: Eu me sento, pego o caderno.

TERAPEUTA: E como você está se sentindo na imagem agora?

PACIENTE: Ainda um pouco trêmula. Eu não sei como me saí na prova.

TERAPEUTA: Melhor do que no começo, quando você teve um branco e se sentia paralisada?

PACIENTE: Sim. Muito melhor.

TERAPEUTA: Bom. Vamos examinar o que você fez. Primeiro, você reconheceu uma imagem angustiante, que você interrompeu exatamente no pior ponto. Então, continuou imaginando o que realisticamente aconteceria a seguir até que chegou ao ponto em que estava se sentindo um pouco melhor. Isso é o que chamamos de "seguir a imagem até o fim". (*pausa*) Você acha que praticar essa técnica ajudaria?

No exemplo anterior, a paciente consegue identificar com facilidade um resultado razoável. Em alguns casos, o terapeuta precisa sugerir uma modificação da cena:

TERAPEUTA: Você consegue visualizar o que acontece a seguir?... Se você está olhando à sua volta e vendo os outros alunos, se está realmente paralisada.

PACIENTE: Eu não sei. Eu *me sinto* paralisada.

TERAPEUTA: O que você vê acontecendo a seguir?

PACIENTE: Eu não sei. Eu apenas fico sentada ali, me sentindo paralisada.

TERAPEUTA: Você quer se imaginar se mexendo um pouco na cadeira, respirando fundo, olhando pela janela?

PACIENTE: Uh-huh.

TERAPEUTA: Você quer esfregar a nuca e se espreguiçar para ficar menos tensa?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Ok, agora, na imagem, você está pronta para ler todo o teste até que alguma coisa lhe pareça familiar?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Você está visualizando isso? O que você quer imaginar que acontece a seguir?

PACIENTE: Eu encontro uma questão mais fácil.

TERAPEUTA: O que você quer imaginar que acontece a seguir?

Aqui, eu introduzo um novo elemento à imagem para ajudar Sally a ficar "destravada" e pergunto-lhe repetidamente o que ela *quer* imaginar. Continuo nessa linha até que ela possa continuar sozinha.

Conforme mencionado anteriormente, às vezes o paciente imagina uma cena que vai piorando, geralmente catastroficamente. O terapeuta, então, faz perguntas para determinar o significado da catástrofe e intervém de acordo com isso. Essa situação é exemplificada por uma paciente diferente, Marie.

TERAPEUTA: Ok, Marie, então você se vê no carro e está começando a se desviar em direção à proteção lateral da ponte. Agora, forme em sua mente a imagem mais clara que puder. Então, o que acontece?

PACIENTE: O carro está chegando mais perto. Ele bate. (*Chora baixinho*)

TERAPEUTA: (*gentilmente*) E depois?

PACIENTE: (*chorando*) O carro está totalmente destruído.

TERAPEUTA: (*suavemente*) E você?

PACIENTE: (*chorando*) Eu estou morta.

TERAPEUTA: Então o que acontece?

PACIENTE: Eu não sei. Não consigo ver depois disso. (*ainda chorando*)

TERAPEUTA: Marie, acho que vai ajudar se tentarmos ir um pouco mais adiante. Qual a pior parte de morrer nesse acidente?

PACIENTE: As minhas filhas. Elas não vão mais ter mãe. Elas vão ficar simplesmente arrasadas. (*chorando ainda mais*)

TERAPEUTA: (*Espera por um momento*) Você tem uma imagem delas?

Nesse exemplo, seguir a imagem até a conclusão leva a uma catástrofe. Eu continuo questionando gentilmente para poder determinar o significado especial da catástrofe. Um exemplo posterior neste capítulo, induzindo imagens para obter distanciamento, ilustra uma forma de lidar com esse tipo de problema. Nesse caso, a paciente revela que teve uma nova imagem, das suas filhas no funeral, sentindo-se completamente arrasadas. Mais uma vez, a paciente interrompeu uma imagem no seu pior ponto. (Veja o Capítulo 16 para uma ilustração de como a terapeuta fará a paciente imaginar suas filhas [se sentindo melhor] muitos anos depois.)

Em resumo, dois resultados são possíveis quando se acompanha uma imagem até a conclusão. Em um dos exemplos, o problema acaba sendo resolvido, e a paciente se sente aliviada. No segundo, o problema piora até uma catástrofe, em cujo ponto você pergunta pelo significado ou sobre a pior parte da imagem, o que o ajuda a evocar um novo problema. Você poderá, então, ajudar o paciente a provocar

uma imagem de enfrentamento, descrita posteriormente neste capítulo.

Avançar no Tempo

Às vezes, seguir uma imagem até a conclusão é ineficaz porque o paciente continua a imaginar cada vez mais obstáculos ou eventos angustiantes indefinidamente. Nesse momento, você pode sugerir que ele se imagine em algum ponto no futuro.

TERAPEUTA: [resumindo] Ok, Sally, quando você se imagina começando este trabalho da faculdade, você fica vendo o quanto ele é difícil, o quanto de esforço está exigindo e quantos problemas você está tendo com ele. Realisticamente, você acha que vai conseguir terminar o trabalho?

PACIENTE: Sim, provavelmente. Mas eu acho que eu vou ter que trabalhar dia e noite por um longo tempo.

TERAPEUTA: Que tal se você saltar no tempo e se imaginar terminando o trabalho? Você consegue visualizar isso? Como é?

PACIENTE: Bem, eu acho que eu me vejo lendo e fazendo uma edição final. Depois, mando por *e-mail* para o professor.

TERAPEUTA: Espere um pouco. Você pode ir mais devagar, imaginando os detalhes?

PACIENTE: Ok. Eu estou sentada em frente à escrivaninha do meu dormitório. São 2 horas da manhã. Está difícil manter os olhos abertos, mas eu começo na página 1 e faço a revisão do meu trabalho. Encontro alguns erros e corrijo-os, depois salvo em um arquivo. Eu abro a caixa de mensagens e mando por *e-mail* para o meu professor.

TERAPEUTA: Como você se sente na imagem agora?

PACIENTE: Aliviada... como se um peso tivesse sido tirado do meu peito. Mais leve.

TERAPEUTA: Ok, vamos examinar o que nós fizemos. Você teve uma imagem de si começando o seu trabalho e, quanto mais imaginava, mais problemas você via e mais ansiosa estava ficando. Então, você deu um salto à frente no tempo e se viu terminando o trabalho, o que a fez sentir-se melhor. Que tal se você anotasse alguma coisa sobre essa técnica – dar um salto à frente no tempo – para que consiga praticar em casa também?

Enfrentar no Imaginário

Outra técnica é guiar o paciente de modo que ele consiga imaginar que está enfrentando uma situação difícil que ele previu espontaneamente.

TERAPEUTA: [resumindo] Então você teve uma imagem de estar entrando na biblioteca da escola [ensino fundamental] com o aluno que você está acompanhando voluntariamente e está se sentindo completamente perdida? Então o garoto se comporta mal e começa a fazer barulho e você sente que ele está fora de controle?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Então, mais uma vez, você teve uma imagem e a interrompeu no pior ponto?

PACIENTE: Eu acho que sim.

TERAPEUTA: Vamos examinar de novo essa imagem e, desta vez, vamos ver se você consegue se imaginar enfrentando cada problema à medida que for surgindo?

PACIENTE: Bem, primeiro o garoto bate a porta da biblioteca ao abri-la. Acho que eu lhe digo: "Shh. Tem outra turma aí dentro".

TERAPEUTA: E então?

PACIENTE: Ele dá uma guinada e vai rapidamente em direção aos livros.

TERAPEUTA: Então você...

PACIENTE: Acho que eu pego a mão dele e o guio até uma mesa.

O diálogo continua dessa forma até que o paciente consiga enfrentar com sucesso a situação no imaginário. Se necessário, você pode fazer perguntas que ajudem a encontrar soluções. ("Você gostaria de imaginar que...?") Você também poderá guiar o paciente a se imaginar usando ferramentas que ele aprendeu na terapia: por exemplo, lendo um cartão de enfrentamento, usando a respiração controlada e dando autoinstruções em voz alta.

Mudar a Imagem

Outra técnica envolve ensinar o paciente a reimaginar uma imagem espontânea, mudando o fim para aliviar o sofrimento. O primeiro exemplo é de uma mudança realista; o segundo, de uma mudança "mágica".

PACIENTE: Nesta manhã, eu estava pensando sobre as férias de primavera. Eu não posso ir para casa... terei que ficar aqui. Eu estava me sentindo muito deprimida por causa disso.

TERAPEUTA: Você teve uma imagem de como seria isso?

PACIENTE: Eu estava me imaginando simplesmente sentada junto à escrivaninha, sozinha no meu quarto, meio desanimada, me sentindo realmente mal.

TERAPEUTA: Mais alguma coisa?

PACIENTE: Não, só que tudo está muito silencioso. O dormitório está deserto.

TERAPEUTA: E a imagem faz você se sentir...

PACIENTE: Triste. Muito triste.

TERAPEUTA: Sally, você não tem que ficar à mercê dessa imagem. Você pode mudá-la, se quiser. É como se você fosse a diretora de um filme: pode decidir como quer que isso seja. Pode transformar isso de uma forma mágica... alguma coisa que não poderia acontecer realmente. Você também pode transformá-la em uma imagem realista.

PACIENTE: Não tenho certeza se entendi como.

TERAPEUTA: Bem, ok, você está sentada na sua mesa. O que você *gostaria* que acontecesse a seguir?

PACIENTE: A minha melhor amiga me liga... ou há mais pessoas no dormitório e alguém vem bater na minha porta, e nós vamos jantar juntos.

TERAPEUTA: Algum outro cenário?

PACIENTE: Talvez eu me lembre de que há algum evento no *campus*, como um jogo de *softball,* e vou assistir ou jogar.

TERAPEUTA: Estes *são* desfechos muito melhores. Como você acha que se sentiria se imaginasse essas coisas acontecendo?

PACIENTE: Melhor. Mas como é que eu sei que elas vão se tornar realidade?

TERAPEUTA: Bem, antes de mais nada, nenhuma de nós realmente sabe se você vai acabar sentada na sua escrivaninha, chorando. O que nós *realmente* sabemos é que *imaginar* isso faz você se sentir muito triste agora. Em segundo lugar, talvez nós possamos conversar sobre como tornar mais provável que realmente aconteça um final melhor. O que você poderia fazer para que sua amiga ligasse, para que um colega de dormitório batesse à sua porta ou para que você fosse a um evento no *campus*?

A mudança da imagem, nesse caso, leva a uma discussão produtiva

que envolve a solução do problema.

Algumas imagens se prestam a mudar para algo mais "mágico" por natureza. Geralmente, a alteração da imagem dessa maneira também leva a uma redução na angústia e permite que o paciente aja de forma mais produtiva, como no exemplo a seguir.

TERAPEUTA: [resumindo, usando as próprias palavras de Sally] Então você tem uma imagem do seu professor parado bem do seu lado, carrancudo, falando rudemente, batendo com o pé, e a imagem a deixa muito ansiosa?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Você gostaria de mudar essa imagem? Imagine o professor de um modo diferente.

PACIENTE: Como?

TERAPEUTA: Eu não sei... Ele meio que me lembra uma criança de 3 anos de idade, tendo um acesso de raiva. Você consegue imaginar que ele encolheu em tamanho, mas ainda está carrancudo, ainda batendo com o pé?

PACIENTE: (*Sorri*) Sim.

TERAPEUTA: Descreva-o para mim, em detalhes. (*A paciente faz isso*) E como você se sente agora? Tão ansiosa quanto antes?

PACIENTE: Não; menos.

TERAPEUTA: A ansiedade reduziu o suficiente para permitir que você marque uma hora com ele?

PACIENTE: Sim, acho que sim.

TERAPEUTA: Ok, vamos rever o que acabamos de fazer. Nós começamos com uma imagem que você teve do seu professor. Parecia que essa imagem era tão angustiante que a impediu de fazer o que precisava fazer – marcar uma hora com ele. Então, você assumiu o controle da imagem, modificando-a, e a sua ansiedade diminuiu o suficiente para que você fosse se encontrar com ele. Nós chamamos essa técnica de "mudar a imagem".

Teste de Realidade da Imagem

Aqui, você ensina o paciente a tratar as imagens como pensamentos automáticos verbais, usando o questionamento socrático padrão.

TERAPEUTA: Então você teve uma imagem de mim carrancuda e com

olhar reprovador quando você me disse que não tinha feito parte do seu exercício de casa?

PACIENTE: (*Concorda com um aceno de cabeça*)

TERAPEUTA: Qual é a evidência de que eu ficaria carrancuda e a reprovaria?... Você tem alguma evidência do oposto?

Em outra situação, eu ensino Sally a comparar uma imagem espontânea com o que realmente está acontecendo.

PACIENTE: Eu fiquei na biblioteca até tarde na noite passada e tive uma imagem do prédio totalmente deserto e, então, de repente, eu me vi me sentindo muito mal e desmaiando, não havendo ninguém ali para me ajudar.

TERAPEUTA: É verdade que a biblioteca estava completamente deserta?

PACIENTE: Não. Estava ficando tarde, perto da hora de fechar, mas ainda havia algumas pessoas por ali.

TERAPEUTA: Ok. Com esse tipo de imagem, quando você está imaginando espontaneamente alguma coisa acontecendo bem naquele momento, você pode fazer um teste de realidade. Você pode se perguntar: "A biblioteca está vazia? Eu estou mesmo me sentindo muito mal agora?". Se você soubesse como fazer isso na noite passada, o que acha que teria acontecido ao seu humor?

PACIENTE: Eu teria me sentido menos nervosa.

Em geral, é preferível usar técnicas de imagística quando se lidam com imagens, em vez das técnicas verbais sugeridas nesta seção. Entretanto, os pacientes que têm muitas imagens vívidas e angustiantes irão se beneficiar com uma variedade de técnicas, e por vezes será útil a técnica verbal de testagem da realidade.

Repetir a Imagem

A técnica da repetição pode ser útil quando o paciente está claramente imaginando resultados exagerados. Você sugere que ele continue imaginando a imagem original repetidamente, prestando atenção se acontece alguma mudança na imagem e no seu nível de angústia. Alguns pacientes parecem fazer uma checagem automática da realidade e visualizam cada imagem que se sucede de forma mais realista e com menos disforia.

TERAPEUTA: Ok, Sally, então você teve a imagem de pedir uma prorrogação ao seu professor, e ele claramente ficou muito perturbado, gritando com você, curvando-se sobre você, agitando as mãos freneticamente, dizendo: "Como você ousa! Você sabia qual era o prazo. Saia!".

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Você poderia imaginar isso novamente? Comece da mesma maneira. Veja o que acontece.

PACIENTE: (*Fecha os olhos*)

TERAPEUTA: Terminou? O que aconteceu?

PACIENTE: Ele estava muito perturbado. Gritou comigo, disse para eu sair.

TERAPEUTA: Desta vez ele agitou as mãos, curvou-se sobre você?

PACIENTE: Não. Ele apenas ficou ali de pé e apoiou os braços sobre a mesa.

TERAPEUTA: Ok. Faça a mesma coisa de novo.

Eu peço a Sally que repita a cena por três ou quatro vezes. Na última repetição, sua imagem mudou um pouco: o professor se inclina para trás na cadeira, lança um olhar incomodado e diz "não" de uma maneira indelicada, mas não ameaçadora. A ansiedade de Sally diminui significativamente.

Substituir Imagens

A substituição por uma imagem mais agradável já foi amplamente descrita em outras fontes (p. ex., Beck e Emery, 1985). Ela também deve ser praticada regularmente para que o paciente experimente um alívio das imagens espontâneas angustiantes:

TERAPEUTA: Sally, outra forma de lidar com esse tipo de imagem perturbadora é substituí-la por uma diferente. Algumas pessoas gostam de imaginar que a imagem angustiante é como uma cena em um aparelho de televisão. Elas, então, se imaginam trocando de canal para uma cena diferente, como estar deitado na beira da praia, caminhando na mata ou tendo uma recordação agradável. Você gostaria de tentar essa técnica? Primeiro, você vai visualizar a cena agradável com o maior número possível de detalhes, usando tantos sentidos quanto possível; então, eu farei você praticar a troca de uma imagem angustiante pela agradável. Agora, que cena agradável você gostaria de imaginar?

INDUZINDO O IMAGINÁRIO COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO

Às vezes, você vai *induzir* uma imagem contrária para ajudar o paciente a responder a uma imagem espontânea. Um exemplo é fazer o ensaio encoberto para descobrir obstáculos relacionados à realização dos exercícios de casa (páginas 325-327). Três outras técnicas de imagística são descritas a seguir.

Ensaio de Técnicas de Enfrentamento

Você utilizará essa técnica para ajudar o paciente a exercitar o uso de estratégias de enfrentamento na imaginação. Ela difere do "enfrentamento no imaginário" porque aqui você *induz* uma imagem, em vez de fazer o paciente imaginar como ele iria enfrentar uma imagem espontânea.

TERAPEUTA: Ok, você está prevendo que vai ter dificuldades em fazer a apresentação oral em aula.

PACIENTE: É.

TERAPEUTA: Quando é que você vai notar a sua ansiedade aumentando?

PACIENTE: Quando eu acordar.

TERAPEUTA: E o que estará passando pela sua cabeça?

PACIENTE: Eu vou errar tudo. E eu vou me visualizar balbuciando, gaguejando e não conseguindo falar.

TERAPEUTA: Você quer dizer em aula?

PACIENTE: É.

TERAPEUTA: Ok, o que você faria?

PACIENTE: Diria para eu relaxar, lembraria de que pratiquei muito.

TERAPEUTA: Ok, e depois?

PACIENTE: Eu poderia fazer uma respiração controlada. Isso me relaxa um pouco.

TERAPEUTA: Ok, você pode se ver fazendo isso?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Então o que acontece?

PACIENTE: Sinto-me um pouco melhor, mas ainda estou muito nervosa para o café da manhã. Eu apenas tomo um banho, visto minha roupa e me preparo para sair.

TERAPEUTA: O que passa pela sua cabeça?

PACIENTE: E se eu começar a ficar mais e mais nervosa?

TERAPEUTA: Que tal se imaginar lendo o cartão de enfrentamento [nós o fizemos há alguns minutos] no caminho para a aula? Você pode se imaginar pegando o cartão e lendo?

PACIENTE: Sim... Acho que isso ajuda um pouco.

TERAPEUTA: Quando você se aproximar da sala, que tal se imaginar avançando no tempo? Você já terminou a apresentação e agora está lá sentada ouvindo outra pessoa... Como você se sente agora?

PACIENTE: Um pouco aliviada. Ainda preocupada, mas não tanto.

TERAPEUTA: Ok, agora você está entrando na sala. O que acontece a seguir e o que você faz?

A paciente continua a se imaginar enfrentando realisticamente a situação em detalhes. Então, ela anota as técnicas específicas que prevê que irão ajudar.

Distanciamento

O distanciamento é outra técnica de imagística provocada para reduzir a angústia e ajudar o paciente a ver os problemas em uma perspectiva mais ampla. No exemplo a seguir, eu ajudo Sally a ver que suas dificuldades provavelmente estão com o tempo contado.

TERAPEUTA: Sally, eu sei que você está se sentindo meio sem esperança agora e está prevendo que esses problemas vão continuar. Você acha que ajudaria se pudesse visualizar como passar por esse período difícil?

PACIENTE: Eu acho. Mas é difícil imaginar.

TERAPEUTA: Bem, vamos ver. Que tal se você tentar visualizar um ano a frente?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Alguma ideia de como está sua vida?

PACIENTE: Não sei. Pensar tão adiante desse modo é difícil para mim.

TERAPEUTA: Bem, vamos ser concretas. A que horas você acorda? Onde você está?

PACIENTE: Provavelmente eu acordo às 8h ou 8h 30. Acho que estou

em um apartamento fora do *campus*.

TERAPEUTA: Vivendo sozinha?

PACIENTE: Talvez em uma casa com outros estudantes, algumas pessoas do meu andar neste ano. Já conversamos sobre isso.

TERAPEUTA: Ok, você acorda. O que acontece a seguir?

PACIENTE: Eu provavelmente vou correndo para a aula. Vai demorar mais para chegar lá se eu não estiver em um dormitório no *campus*.

TERAPEUTA: Você vê algum dos seus companheiros na casa antes de ir? Você vai para a aula sozinha ou com um deles?

PACIENTE: Eu não sei.

TERAPEUTA: Bem, esta é a sua imagem. Você decide.

PACIENTE: Ok, acho que eu iria caminhando com um deles.

TERAPEUTA: Sobre o que vocês conversam durante o caminho – ou você está em silêncio?

PACIENTE: Ah, não, nós estaríamos conversando sobre a faculdade ou as pessoas que conhecemos. Algo assim.

TERAPEUTA: E depois?

PACIENTE: Eu iria para a aula.

TERAPEUTA: Um grande auditório, como a maioria das suas salas de aula neste ano?

PACIENTE: Não, provavelmente não, as salas devem ser menores no ano que vem.

TERAPEUTA: E o que você quer imaginar que acontece em aula? Você interage ou está quieta?

PACIENTE: Bem, espero que até lá eu já conheça mais pessoas. Eu me sentiria mais confortável. Eu provavelmente ainda seria quieta, mas poderia estar participando mais.

TERAPEUTA: Como você se sente quando imagina essa cena?

PACIENTE: Bem.

TERAPEUTA: O que você acha de terminar essa cena como um exercício de casa? Então cada vez que tiver o pensamento “Eu nunca vou sair disso”, você poderia tentar trocar para essa cena e ver se ela tem algum efeito sobre o seu humor.

PACIENTE: Vou tentar.

TERAPEUTA: Então, é apenas a força do pensamento positivo que a faz imaginar essa cena? Ou você realmente poderia fazer algumas coisas para que ela acontecesse? Na verdade, você já não está fazendo coisas para que aconteça?

PACIENTE: É verdade.

Outra técnica de distanciamento ajuda o paciente a lidar com as consequências imaginadas de uma catástrofe. Marie, descrita anteriormente, teme que seus filhos fiquem arrasados se ela morrer. Sua terapeuta fez ela imaginar o seu nível realista de angústia em diferentes pontos no tempo, em vez de imediatamente após o acidente. (Essa técnica é similar a avançar no tempo; no entanto, ela envolve a passagem de *anos*, em vez de minutos, horas ou dias.)

TERAPEUTA: Marie, quem você acha que dá a notícia da sua morte às crianças?

PACIENTE: Meu marido.

TERAPEUTA: E como ele faz isso?

PACIENTE: (*soluçando*) Ele coloca os braços em volta delas e diz: "Aconteceu um acidente. Mamãe se foi".

TERAPEUTA: E depois?

PACIENTE: Elas não acreditam, pelo menos inicialmente. Começam a chorar, dizendo: "Não, não é verdade. Eu quero a mamãe".

TERAPEUTA: Elas estão se sentindo muito mal?

PACIENTE: É. Muito mal.

TERAPEUTA: (*Espera por um momento*) Você pode avançar um pouco a frente? Agora faz 6 meses. O que está acontecendo agora? Você consegue vê-las?

PACIENTE: Elas estão na escola. Parecem muito tristes. Desnorteadas, esgotadas.

TERAPEUTA: Elas estão se sentindo mal?

PACIENTE: Muito mal, ainda.

TERAPEUTA: Vamos saltar 2 anos a frente? Que idade elas terão?

PACIENTE: Melissa terá 8 anos, e Linda, 7.

TERAPEUTA: O que você as vê fazendo?

PACIENTE: Brincando na rua. É a nossa casa. Não acredito que o meu marido iria se mudar.

TERAPEUTA: De que elas estão brincando?

PACIENTE: Elas estão pulando corda com as crianças do vizinho.

TERAPEUTA: Como elas estão se sentindo agora?

PACIENTE: Bem, quando não pensam em mim.

TERAPEUTA: E quando elas pensam?

PACIENTE: (*Lágrimas escorrem*) Elas ainda choram, às vezes. É confuso.

TERAPEUTA: Tanto quanto na hora em que receberam a notícia?

PACIENTE: Não, não tanto.

A terapeuta gentilmente conduz Marie a uma sucessão de imagens 5, 10 e 20 anos depois da sua morte imaginada. Por meio desse exercício, Marie consegue ver que a devastação inicial que suas filhas sentem vai se reduzindo a períodos mais breves de tristeza e pesar com os quais elas conseguem lidar. Imaginar em detalhes que suas filhas crescem e criam suas próprias famílias reduz significativamente o medo que Marie tem da sua própria morte em um acidente automobilístico.

Redução da Ameaça Percebida

Um terceiro tipo de imagem induzida é concebido para permitir que o paciente encare uma situação com uma avaliação mais realista da verdadeira ameaça. Eu incentivei Sally, por exemplo, a modificar a imagem da sua apresentação em aula, imaginando os rostos de incentivo dos seus amigos na sala. Pam, uma paciente que temia ter que se submeter a uma cesariana, visualizou todo o equipamento de salvamento na sala de parto e os rostos atenciosos da enfermeira e do médico por trás das máscaras.

Em resumo, muitos, senão a maioria dos pacientes, vivenciam pensamentos automáticos na forma de imagens espontâneas. O questionamento persistente (mas não intrusivo) é frequentemente necessário para ajudar o paciente a reconhecer suas imagens. Os pacientes que têm imagens frequentes e angustiantes se beneficiam com a prática regular de várias técnicas de imagística. Além disso, as imagens podem ser provocadas para vários propósitos terapêuticos.

Capítulo 17

EXERCÍCIOS DE CASA

Os exercícios de casa são parte integrante, e não opcional da terapia cognitivo-comportamental (Beck et al., 1979). Inúmeros pesquisadores concluíram que os pacientes de terapia cognitivo-comportamental que realizam os exercícios prescritos progridem melhor na terapia do que os que não o fazem (p. ex., Kazantzis, Whittington e Datillio, 2010; Neimeyer e Feixas, 1990; Persons, Burns e Perloff, 1988). Você busca ampliar as oportunidades de mudança cognitiva e comportamental *durante toda a semana do paciente*. Já na primeira sessão você o prepara para realizar os exercícios de casa.

TERAPEUTA: Sally, acho que seria importante se você lesse isso aqui [afirmação sobre estar deprimida, e não ser preguiçosa]. Você acha que poderia fazer isso?

PACIENTE: Sim, acho que sim.

TERAPEUTA: Na verdade, lembrar de coisas importantes que conversamos durante a sessão é uma das formas pelas quais você irá superar sua depressão. Outra forma, será mudando algumas das coisas que você faz. Nós descobrimos que não é suficiente que as pessoas simplesmente venham e conversem. Todos os dias elas precisam fazer pequenas mudanças no seu pensamento e comportamento.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Mas sempre iremos nos assegurar de que você ache que as mudanças são uma boa ideia e que será capaz de realizá-las. Agora, como poderíamos chamar essas mudanças? Tarefa de casa?

Exercício de casa? Seu plano de ação? Algum outro nome?

PACIENTE: Exercício de casa, eu acho.

TERAPEUTA: Ok, mas eu quero que você se lembre de que isso não é como um trabalho acadêmico. Esse é um exercício que *você* acha que irá ajudar, que iremos planejar juntas, somente para você.

Prescrições de exercícios bem feitas proporcionam oportunidades para o paciente se educar mais (p. ex., por meio da biblioterapia), coletar mais dados (p. ex., pelo monitoramento dos seus pensamentos, sentimentos e comportamento), testar seus pensamentos e crenças, modificar seu pensamento, utilizar as ferramentas cognitivas e comportamentais e experimentar novos comportamentos. O exercício pode maximizar o que foi aprendido em uma sessão de terapia e conduzir a um aumento no senso de autoeficácia do paciente.

Muitos pacientes fazem os exercícios com disposição e facilidade; alguns, não. É importante observar que mesmo os terapeutas mais experientes encontram dificuldade com um paciente ocasional que, apesar da preparação cuidadosa, raramente realiza algum exercício *escrito*. Entretanto, você deve presumir inicialmente que *todos* os pacientes (a menos que tenham um funcionamento muito deficiente) *farão* adequadamente o exercício de casa que vocês estabelecerem. Para aumentar a probabilidade de o paciente colaborar, você precisa ter cuidado, por exemplo, para:

- Adequar os exercícios ao indivíduo.
- Apresentar uma justificativa sólida.
- Identificar obstáculos potenciais.
- Modificar crenças pertinentes.

Este capítulo está dividido em quatro partes:

1. Definindo as prescrições dos exercícios de casa.
2. Aumentando a probabilidade de realização bem-sucedida dos exercícios.
3. Conceituando os problemas.
4. Examinando os exercícios realizados.

DEFININDO AS PRESCRIÇÕES DOS EXERCÍCIOS

Não há uma fórmula definida para prescrever um exercício de casa. Você adapta o exercício de casa àquele determinado paciente. Como você decide o que sugerir? Depende do que vocês discutiram na sessão, que é influenciado pelo seu plano geral de tratamento e os objetivos do paciente. Você leva em consideração as características individuais do paciente: suas habilidades de leitura e escrita, sua motivação e disposição para realizar os exercícios, seu atual nível de angústia e funcionamento (cognitivo, emocional e comportamental) e restrições de ordem prática (p. ex., de tempo), para citar algumas.

Você poderá precisar assumir a liderança e sugerir prescrições de exercícios de casa no início do tratamento, mas, assim que possível, comece a pedir que o próprio paciente planeje seus exercícios (p. ex.: "Agora que acabamos de falar sobre este problema com sua colega de quarto, o que acha que seria útil você lembrar nesta semana? E o que fazer?"). O paciente que rotineiramente define seu próprio exercício de casa perto do fim da terapia tem mais probabilidade de continuar fazendo isso quando o tratamento já tiver terminado.

Nesta primeira parte, são apresentadas as prescrições típicas; depois, é apresentada uma amostra das prescrições de exercícios de Sally. A parte final deste capítulo apresenta orientações para aumentar a adesão aos exercícios de casa.

Prescrições de Exercícios Continuados

As prescrições de exercícios continuados são discutidas a seguir.

1. *Ativação comportamental*. É essencial ajudar o paciente inativo e deprimido a sair da cama ou do sofá e ajudá-lo a retomar suas atividades normais (e envolvê-lo em novas atividades). A programação de atividades também beneficia outros tipos de paciente.

2. *Monitoramento dos pensamentos automáticos*. A partir da primeira sessão, você vai incentivar o paciente a se perguntar "O que está passando pela minha cabeça agora?" quando perceber uma mudança em seu humor e a lembrar a si mesmo que seu pensamento pode ou não ser verdade. Inicialmente, ele poderá registrar seus pensamentos (no *smartphone*, computador, *notebook* ou em uma ficha de arquivo). Alerte o paciente de que o monitoramento dos seus pensamentos automáticos pode levá-lo a se sentir pior, se ele aceitá-los sem crítica,

e que você resolverá o problema junto com ele, caso seus pensamentos se revelem válidos.

3. *Avaliação e resposta aos pensamentos automáticos*. Em praticamente todas as sessões, você vai ajudar o paciente a modificar seus pensamentos inadequados e disfuncionais e a anotar sua nova forma de pensar. Um exercício essencial é ler as anotações da terapia regularmente. O paciente também aprenderá a avaliar o próprio pensamento e a praticar isso entre as sessões.

4. *Solução de problemas*. Em praticamente todas as sessões, você ajudará o paciente a encontrar soluções para seus problemas, as quais ele vai colocar em prática entre as sessões.

5. *Habilidades comportamentais*. Para resolver efetivamente seus problemas, o paciente poderá precisar aprender novas habilidades, as quais irá praticar como exercício de casa. Por exemplo, você pode ensinar habilidades de relaxamento a um paciente ansioso, habilidades de assertividade a um paciente socialmente ansioso ou manejo organizacional e do tempo a um paciente que se beneficiaria com elas.

6. *Experimentos comportamentais*. O paciente poderá precisar testar diretamente a validade dos pensamentos automáticos que parecem distorcidos, tais como: "Eu vou me sentir melhor se ficar na cama", "Minha colega de quarto vai ficar furiosa se eu abordar o problema do barulho", "Ninguém vai falar comigo na reunião".

7. *Biblioterapia*. Conceitos importantes que vocês estão discutindo na sessão poderão ser reforçados quando o paciente ler sobre eles, preto no branco. Em geral, é valioso fazê-lo ler e anotar suas reações: com o que ele concordou, discordou e sobre o que teve dúvidas.

8. *Preparação para a próxima sessão*. A parte inicial de cada sessão pode ser acelerada se antes de entrar no consultório o paciente pensar sobre o que é importante contar. A Ficha de Preparação da Sessão (Figura 7.1) poderá ajudar a prepará-lo.

Um Exemplo de Prescrição de Exercício de Casa para Sally

Alguns dos exercícios a seguir são úteis para quase todos os pacientes deprimidos; outros são especificamente planejados para um paciente em particular.

Sessão 1

Leia esta lista duas vezes ao dia; programe um sinal sonoro (no

celular, por exemplo) para se lembrar.

1. Se eu começar a pensar que sou preguiçosa e não sou boa, devo me lembrar de que tenho uma doença real, chamada depressão, que me dificulta fazer as coisas. Quando o tratamento começar a funcionar, a minha depressão vai melhorar, e as coisas ficarão mais fáceis.
2. Ler a lista de objetivos e acrescentar outros, se eu pensar em algum.
3. Quando notar que meu humor está piorando, perguntar a mim mesma "O que está passando pela minha cabeça agora?" e anotar os pensamentos. Lembrar que simplesmente porque eu penso alguma coisa, não quer dizer necessariamente que seja verdade.
4. Fazer planos com Allison e Joe. Lembrar que se eles disserem não, é provável que eles sairiam comigo, mas estão muito ocupados no momento.
5. Ler o folheto *Enfrentando a depressão* (opcional).

Sessão 2

1. Diariamente: Quando eu notar que o meu humor está mudando, perguntar a mim mesma "O que está passando pela minha cabeça agora?" e anotar meus pensamentos automáticos (que podem ou não ser completamente verdadeiros).
2. Se eu não conseguir descobrir meus pensamentos automáticos, anotar apenas a situação. Lembrar que aprender a identificar o meu pensamento é uma habilidade que vou desenvolver, assim como digitar.
3. Pedir ajuda a Sean com o Capítulo 5 do livro de Economia.
4. Diariamente: Ler as anotações da terapia.
5. Continuar correndo/nadando.
6. Planejar duas ou três atividades sociais.
7. Diariamente: Fazer acréscimos à lista de méritos (algo que eu faça e que, ainda que seja um pouco difícil, mesmo assim eu faço).
8. (Manhã de terça-feira): Revisar a Ficha de Preparação da Sessão, durante 2 minutos.

Sessão 3

1. Diariamente: Ler as anotações da terapia.
2. Diariamente: Quando o meu humor mudar, usar a Lista de Perguntas e responder mentalmente ou por escrito.

3. Diariamente: Fazer acréscimos à lista de méritos.
4. Diariamente: Seguir a planilha de atividades.
5. Pedir a Lisa para estudar comigo para o exame de Química.
6. (Manhã de terça-feira): Revisar a Ficha de Preparação da Sessão.

Sessão 4

1. Diariamente: Ler as anotações da terapia.
2. Diariamente: Quando o meu humor mudar, fazer por escrito as quatro primeiras colunas do Registro de Pensamentos. Responder mentalmente às perguntas na parte inferior da folha.
3. Diariamente: Lista de méritos.
4. Dar uma caminhada ou corrida pelo menos três dias nesta semana.
5. Fazer planos com amigos.
6. Fazer as atividades que programamos na planilha de atividades.
7. Discutir o barulho que Jane faz tarde da noite.
8. (Manhã de terça-feira): Revisar a Ficha de Preparação da Sessão.

Sessão 5

1. Diariamente: Ler as anotações da terapia.
2. Diariamente: Registros de Pensamentos mentalmente ou por escrito.
3. Diariamente: Lista de méritos.
4. Diariamente: Seguir a planilha de atividades.
5. Pedir ajuda ao professor de Química.

Sessão 6

1. Diariamente: Ler as anotações da terapia.
2. Quando necessário: Registros de Pensamentos.
3. Diariamente: Lista de méritos.
4. Programar as atividades.
5. Ligar para mamãe e falar sobre os planos para o verão.

Sessão 7

1. Diariamente: Ler as anotações da terapia.

2. Quando necessário: Registros de Pensamentos.
3. Diariamente: Lista de méritos.
4. Programar as atividades.
5. Fazer um comentário ou uma pergunta em aula.

Sessão 9

1. Diariamente: Anotações da terapia.
2. Quando necessário: Registros de Pensamentos.
3. Diariamente: Lista de méritos.
4. Programar as atividades.
5. Preencher uma Planilha das Crenças Nucleares.
6. Abordar problema do barulho com Jane.
7. Procurar Dr. Smith durante seu plantão.

Sessão 12 (penúltima sessão)

1. Registro de Pensamentos sobre o término.
2. Organizar as anotações da terapia desde o início.
3. Revisar as anotações sobre fazer uma sessão de autoterapia.

AUMENTANDO A ADESÃO AOS EXERCÍCIOS DE CASA

Embora alguns pacientes executem com facilidade os exercícios de casa sugeridos, para outros, eles são mais problemáticos. Colocar em prática as seguintes orientações aumenta a probabilidade de o paciente ter sucesso nos exercícios e experimentar melhora no humor:

1. Adequar a prescrição ao indivíduo. (Esteja de 90 a 100% seguro de que o paciente pode e realizará a tarefa.) Opte por planejar prescrições que sejam mais fáceis do que difíceis.
2. Apresentar uma justificativa de como e por que a tarefa poderá ajudar.
3. Definir o exercício de casa colaborativamente; buscar a participação e a concordância do paciente.
4. Fazer do exercício uma proposição sem riscos.
5. Começar a tarefa (quando possível) na sessão.
6. Ajudar a organizar sistemas para que o paciente se lembre de realizar o exercício.
7. Prever possíveis problemas; fazer ensaio encoberto, quando indicado.
8. Preparar-se para um possível resultado negativo (quando aplicável).

Adequar o Exercício ao Indivíduo

A realização bem-sucedida do exercício poderá acelerar a terapia e levar a aumento do senso de domínio e melhora do humor. Em vez de sugerir exercícios de acordo com uma fórmula prescrita, você deve considerar as características (mencionadas na introdução deste capítulo) e os desejos do paciente.

Matt, por exemplo, é um paciente que não entendeu o modelo cognitivo na primeira sessão e, então, ficou um pouco irritado quando seu terapeuta (iniciante) insistira para que ele identificasse seus pensamentos automáticos. Ele disse ao terapeuta: “Você não entende; eu não *sei* o que está passando pela minha cabeça agora; tudo o que sei é que estou muito incomodado”. Um exercício em que ele tivesse que anotar seus pensamentos automáticos teria sido inadequado para essa sessão. Já uma segunda paciente, Caitlin, já tinha lido um livro

popular sobre terapia cognitivo-comportamental e apresentava uma capacidade incomum de captar seus pensamentos automáticos. A sua prescrição inicial de exercício de casa foi preencher as quatro primeiras colunas do Registro de Pensamentos sempre que ficasse perturbada.

Embora o tipo de prescrição seja importante, igualmente importante é a *quantidade* dos exercícios. Sally era uma paciente motivada que ficava "em sintonia" com o exercício, já que ainda era estudante. Ela conseguia facilmente realizar mais exercícios entre as sessões do que Matt, que estava gravemente deprimido e já tinha saído da faculdade há muitos anos.

Um terceiro passo na adequação do exercício a um paciente específico envolve dividir as prescrições dos exercícios em passos controláveis. Alguns exemplos incluem ler um capítulo de um livro para leigos de terapia cognitivo-comportamental ou um livro-texto acadêmico, completar as quatro primeiras colunas de um Registro de Pensamentos, passar de 10 a 15 minutos pagando contas, lavar somente uma máquina de roupas e passar apenas 5 minutos em um supermercado.

É importante que sejam previstas dificuldades potenciais antes de se prescrever o exercício de casa. O diagnóstico e o estilo de personalidade do paciente podem servir como guia. É provável que pacientes gravemente deprimidos, por exemplo, beneficiem-se inicialmente de tarefas comportamentais (em vez das cognitivas). Pacientes evitativos se esquivam de exercícios comportamentais, os quais percebem como muito desafiadores ou com a possibilidade de despertar alto grau de disforia. Pacientes que estão se sentindo ansiosos e esgotados podem se sentir incapazes de realizar *qualquer* prescrição se você sugerir muitos exercícios. É muito melhor optar por prescrever exercícios que sejam relativamente fáceis. A falha em realizar um exercício, ou não conseguir realizá-lo adequadamente, costuma levar o paciente a ser autocrítico ou a se sentir desesperançado.

Apresentar uma Justificativa Racional

O paciente tem maior probabilidade de aceitar as prescrições de exercícios se entender a razão para fazê-los. Eu apresento a Sally uma prescrição da seguinte forma:

TERAPEUTA: Sally, as pesquisas demonstram que os exercícios geralmente ajudam as pessoas a ficar menos deprimidas. O que você acha de dar uma caminhada ou uma corrida algumas vezes

nesta semana?

Inicialmente, você vai apresentar uma breve justificativa; mais adiante no tratamento, você vai estimular o paciente a pensar a respeito do propósito de um exercício, por exemplo: “Sally, qual seria o problema de verificar com a sua colega de quarto sobre os planos dela para o fim de semana?” ou “Por que seria uma boa ideia continuar a ter uma lista de méritos?”. Também é importante enfatizar que o exercício é parte essencial do tratamento:

TERAPEUTA: A forma como as pessoas melhoram é fazendo pequenas mudanças no seu pensamento e comportamento, todos os dias.

Definir o Exercício Colaborativamente

Idealmente, o paciente definiria seus próprios exercícios, mas no começo do tratamento ele não sabe quais prescrições seriam benéficas. Em vez disso, você vai fazer sugestões e assegurar-se de que ele concorda: “O que você acha de pedir uma folga ao seu chefe?”, “Você acha que poderia ajudar se lesse o cartão de enfrentamento antes de sair de casa?”, “Você quer experimentar [uma técnica particular] nesta semana?”, “Eu acho que se você entrar no chuveiro assim que se levantar, demonstrará a si mesmo que você pode assumir o controle. O que você acha? Gostaria de experimentar isso?”. Se o paciente estiver hesitante ou cético, você vai precisar prepará-lo mais, seja investigando e ajudando-o a responder aos seus pensamentos automáticos, seja deixando a prescrição da tarefa muito mais fácil.

À medida que a terapia progredir, você vai incentivar o paciente a definir suas próprias prescrições: “O que você gostaria de fazer nesta semana a respeito [deste problema]?”, “O que você poderia fazer nesta semana se começar a se sentir desconfortavelmente ansioso?”, “Como você vai lidar [com este problema] se ele surgir?”.

Fazer do Exercício uma Proposição Sem Riscos

Quando se definirem exercícios inicialmente, é importante enfatizar que dados úteis podem ser obtidos mesmo que o paciente não consiga concluir seu exercício de casa. Assim, o paciente que não o faz tem menos probabilidade de se rotular como um fracasso e, por isso, de sentir-se mais disfórico:

TERAPEUTA: Sally, se você fizer este exercício, será muito bom. Mas, se tiver problemas em fazer, tudo bem – apenas veja se consegue descobrir que pensamentos estão se colocando no caminho, e falaremos sobre eles na próxima vez. Ok?

Às vezes, o paciente não consegue fazer uma parte significativa do seu exercício por duas semanas seguidas, ou então o faz imediatamente antes da sessão, em vez de diariamente. Nesses casos, você deve descobrir os obstáculos psicológicos e/ou práticos que se colocaram no caminho e enfatizar o quanto os exercícios são essenciais, em vez de continuar a fazer uma proposição deles.

Começar o Exercício Durante a Sessão

Se você puder, faça o paciente começar a tarefa na própria sessão; assim, será muito maior a probabilidade de que ele continue em casa. Continuar uma prescrição é muito mais fácil do que iniciar uma. Isso é especialmente essencial porque o paciente costuma descrever que a parte mais difícil de fazer o exercício é o período *um pouco antes* de iniciar – isto é, motivar-se para começar. Se você mesmo achar que ocasionalmente também tem dificuldades para iniciar um exercício (p. ex., começar a escrever um trabalho, pagar contas ou começar a se exercitar), mas acha muito mais fácil após alguns minutos, você poderá revelar isso ao paciente para normalizar a experiência e servir como modelo para que ele pense a respeito quando estiver procrastinando.

Lembrar de Fazer o Exercício

É essencial anotar ou fazer o paciente anotar seus exercícios a cada semana, começando desde a primeira sessão. Pergunte onde ele vai manter a lista de prescrições (ou no *notebook*) e qual a probabilidade de que ele ache que poderia se esquecer de olhar a lista durante um ou mais dias. Mesmo que seja pouco provável, você poderá sugerir diversas estratégias. Você pode pedir que o paciente:

- Atrele o exercício a outra atividade diária (p. ex., “Que tal dar uma olhada na planilha de atividades na hora das refeições e um pouco antes de ir para a cama?”).
- Cole bilhetes na geladeira, no espelho do banheiro ou no painel do seu carro.

- Use sua agenda, *smartphone* ou computador para lembrar.
- Peça que outra pessoa o avise.

Você também poderá perguntar como ele faz para se lembrar de fazer outras atividades programadas regularmente, como tomar uma medicação.

Antever Problemas

Para maximizar a probabilidade de que você esteja sugerindo um exercício razoável que o paciente vá executar, considere o seguinte:

- A quantidade e o grau de dificuldade do exercício são razoáveis para este paciente ou serão sentidos como uma sobrecarga?
- O exercício está relacionado aos objetivos do paciente?
- Qual a probabilidade de o paciente realizar?
- Que problemas práticos podem surgir no caminho (tempo, energia, oportunidade)?
- Que pensamentos podem se colocar no caminho?

A pergunta mais importante para fazer ao paciente para avaliar a probabilidade de adesão é:

Qual a probabilidade de você fazer isto, de 0 a 100%?

Se o paciente estiver confiante menos do que 90 a 100%, use uma ou mais das estratégias seguintes:

1. Ensaio encoberto.
2. Mudança de prescrição.
3. *Role-play* intelectual-emocional.

Essas estratégias são descritas a seguir.

O ensaio encoberto, ilustrado a seguir, usa a imagem provocada para descobrir e resolver problemas potenciais relacionados ao exercício de casa.

TERAPEUTA: Sally, você acha que alguma coisa poderá atrapalhar quando for pedir ajuda ao professor?

PACIENTE: Não tenho certeza.

TERAPEUTA: [fazendo ela ser específica e comprometer-se com uma data] Quando seria um bom momento para ir?

PACIENTE: Sexta-feira de manhã, eu acho. É quando ele está de plantão.

TERAPEUTA: Você consegue imaginar que agora é sexta-feira de manhã? Consegue formar uma imagem disso? Consegue se imaginar dizendo a si mesma: "Eu devo ir à sala do professor"?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: [pedindo detalhes para que Sally consiga visualizar a cena mais facilmente e identificar adequadamente seus pensamentos e emoções] Onde você está?

PACIENTE: No meu quarto.

TERAPEUTA: Fazendo o quê?

PACIENTE: Bem, acabei de me vestir.

TERAPEUTA: E como está se sentindo?

PACIENTE: Um pouco nervosa, eu acho.

TERAPEUTA: E o que está passando pela sua cabeça?

PACIENTE: Eu não quero ir. Talvez eu apenas leia o capítulo de novo.

TERAPEUTA: E como você vai responder a esses pensamentos?

PACIENTE: Eu não sei.

TERAPEUTA: Você quer se lembrar de que este é apenas um experimento, de que não vamos saber o que vai acontecer até que você vá? De que se o professor não for útil, nós iremos pensar juntas em um plano B?

PACIENTE: É, acho que sim.

TERAPEUTA: Ajudaria se colocássemos isso em um cartão de enfrentamento que você possa ler algumas vezes entre o dia de hoje e sexta-feira?

PACIENTE: Provavelmente.

TERAPEUTA: Ok. Agora, você consegue imaginar que já está vestida e

está pensando: “Eu vou apenas ler o capítulo em vez de ir”? O que acontece agora?

PACIENTE: Eu acho que: “Espere um pouco. Isto é para ser um experimento. Onde está aquele cartão de enfrentamento?”.

TERAPEUTA: Ah, onde ele está?

PACIENTE: Conhecendo como me conheço, eu teria que procurá-lo.

TERAPEUTA: Existe algum lugar em que você poderia colocá-lo assim que voltar hoje?

PACIENTE: Eu não quero que a minha colega de quarto o veja... Talvez na gaveta de baixo da minha escrivaninha.

TERAPEUTA: Ok. E, se você já o leu na quarta e na quinta-feira, provavelmente irá se lembrar de onde está. Você consegue se imaginar pegando o cartão e lendo?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Agora, o que acontece?

PACIENTE: Provavelmente eu lembro por que eu *devo* ir, mas ainda não quero. Então, eu decido limpar o meu quarto primeiro.

TERAPEUTA: Do que você poderia se lembrar na hora?

PACIENTE: Que é melhor eu ir e acabar logo com isso. Que talvez isso realmente ajude. Que se eu parar para limpar posso acabar não indo.

TERAPEUTA: Bom. Então o que acontece?

PACIENTE: Eu vou.

TERAPEUTA: E depois?

PACIENTE: Eu chego lá. Eu lhe faço a pergunta. Eu não entendo nada. Eu digo a ele que estou confusa. Ele provavelmente ajuda, pelo menos um pouco.

TERAPEUTA: E como você se sente na hora?

PACIENTE: Melhor.

Esse tipo de ensaio encoberto ajuda a descobrir quais obstáculos práticos e cognições disfuncionais podem atrapalhar a conclusão de um exercício.

Mudança de Prescrição

A mudança da prescrição poderá ser indicada se você julgar que ela é inadequada ou se o ensaio encoberto não foi suficientemente efetivo. É muito melhor substituir por um exercício mais fácil que o

paciente provavelmente fará do que fazer ele estabelecer o hábito de não fazer o que foi combinado na sessão:

TERAPEUTA: Sally, eu não sei se você está pronta para fazer isso. [Ou: "Eu não estou certa de que esta prescrição seja adequada".] O que você acha? Deseja seguir em frente e experimentar ou prefere esperar outro momento?

Vocês também podem decidir colaborativamente por deixar determinadas prescrições como opcionais ou diminuir a frequência ou duração de um exercício. É muito melhor que o paciente faça menos exercícios do que nenhum.

Role-play *Intelectual-Emocional*

O *role-play* intelectual-emocional pode ajudar a motivar um paciente relutante quando o terapeuta julga que é muito importante ele realizar uma determinada prescrição. Essa técnica não é usada no início da terapia, pois pode ser percebida como muito desafiadora.

TERAPEUTA: Eu ainda não estou certa de que você vai lançar mão do cartão de enfrentamento para realizar o exercício.

PACIENTE: Provavelmente não.

TERAPEUTA: Ok, que tal se fizermos uma dramatização intelectual-emocional sobre isso? Nós já fizemos isso antes. Eu vou ser a parte intelectual; você será a parte emocional. Você argumenta contra mim com a maior veemência que conseguir para que eu possa ver todos os argumentos que você está usando para não ler seus cartões de enfrentamento e começar a estudar. Você começa.

PACIENTE: Ok. Eu não tenho vontade de fazer isso.

TERAPEUTA: É verdade que eu não quero fazer, mas isso é irrelevante. Não importa se eu quero ou não. Isso é o que eu *preciso* fazer.

PACIENTE: Mas eu posso fazer mais tarde.

TERAPEUTA: Verdade, mas o meu padrão habitual *não* é deixar para fazer mais tarde. Eu não quero reforçar um mau hábito, adiando. Com isso eu tenho a oportunidade de fortalecer um hábito novo e melhor.

PACIENTE: Mas não vai importar se for assim uma vez.

TERAPEUTA: Verdade. Um único momento específico não é assim tão crítico. No entanto, vou me sentir melhor no fim das contas se eu

fortalecer esse bom hábito da melhor forma que puder.

PACIENTE: Eu não sei, simplesmente não quero.

TERAPEUTA: Eu não tenho que prestar atenção ao que *quero* ou *não quero* fazer agora. No fim das contas, *quero* fazer as coisas que preciso fazer para conseguir me formar, conseguir um bom emprego e me sentir bem comigo mesma, e *não quero* evitar constantemente as coisas que não quero fazer.

PACIENTE: ...Não tenho mais argumentos.

TERAPEUTA: Ok. Vamos trocar os papéis e, depois, vamos anotar algumas coisas sobre isso.

Depois da inversão de papéis, você tem outra opção. Vocês podem colaborativamente voltar a prescrever o exercício de casa original (p. ex., "Como você se sente *agora* quanto a experimentar [este argumento]?"). Se o paciente decidir manter a prescrição do exercício, você e ele poderão escrever conjuntamente um cartão de enfrentamento com alguns dos pontos mencionados na dramatização apresentada anteriormente. No entanto, se você achar improvável que o paciente dê conta da prescrição, deverá sugerir uma mudança no exercício ou deixar esse exercício como opcional.

Preparar para um Possível Resultado Negativo

Ao planejar um experimento comportamental ou testar um pressuposto, é importante estabelecer um cenário que tenha probabilidade de sucesso. Por exemplo, Sally e eu discutimos qual dos professores provavelmente seria mais receptivo a perguntas depois da aula, que palavras ela poderia usar quando negociasse o barulho tarde da noite com sua colega de quarto e o quanto de ajuda seria razoável pedir à sua amiga. No entanto, é uma boa ideia fazer o paciente prever prováveis pensamentos automáticos ou crenças se o experimento não der bons resultados.

TERAPEUTA: Bem, eu suponho que *poderia* acontecer de Ross dizer que não pode ajudar. Se isso acontecer, o que vai passar pela sua cabeça?

PACIENTE: Que não deveria ter pedido. Que ele provavelmente acha que sou uma burra por perguntar.

TERAPEUTA: [procurando uma explicação alternativa] Que outras razões ele poderia ter para dizer não?

PACIENTE: Por estar muito ocupado.

TERAPEUTA: Ou é possível que ele não entenda a matéria o suficiente para explicar? Ou que ele simplesmente não goste de ensinar? Ou que ele esteja preocupado com alguma outra coisa?

PACIENTE: Acho que sim.

TERAPEUTA: Você tem alguma evidência até aqui de que ele acha que você é burra?

PACIENTE: Não, mas nós já discordamos sobre política.

TERAPEUTA: E você achou que ele pensou que as suas ideias eram definitivamente burras ou que você simplesmente teve outro ponto de vista?

PACIENTE: Que nós apenas pensamos de modo diferente em relação àquele assunto.

TERAPEUTA: Então até onde você sabe, ele não a vê como burra?

PACIENTE: Não, eu acho que não.

TERAPEUTA: Então mesmo que ele se recuse, isso não quer dizer *necessariamente* que ele tenha mudado a visão que tem de você com base no seu pedido de ajuda?

PACIENTE: Não, eu acho que não.

TERAPEUTA: Ok, nós já combinamos que você vai abordá-lo mais tarde e pedir ajuda. Ou ele vai ajudar, o que é muito bom, ou ele vai dizer que não, e então do que você vai ter que se lembrar?

PACIENTE: Que isso não significa que ele acha que sou burra. Ele pode apenas estar muito ocupado, inseguro com a matéria ou não gostar de ensinar as pessoas.

TERAPEUTA: Bom, vamos anotar isso, por via das dúvidas.

A discussão antecipada de problemas potenciais previne a disforia quando um experimento não tiver bons resultados.

CONCEITUANDO AS DIFICULDADES

Quando o paciente tem dificuldades para fazer seu exercício, conceitue por que o problema surgiu. Ele estava relacionado a:

- Um problema prático?
- Um problema psicológico?
- Um problema psicológico mascarado como um problema prático?
- Um problema relacionado às cognições *do terapeuta*?

Problemas Práticos

A maioria dos problemas práticos pode ser evitada se você definir a prescrição com cuidado e preparar o paciente para executá-la. O ensaio encoberto (descrito anteriormente) também pode trazer à tona dificuldades potenciais. Os quatro problemas práticos mais comuns e suas soluções são descritos a seguir.

Fazer o Exercício no Último Momento

Idealmente, o paciente continua o trabalho da sessão *durante toda a semana*. Por exemplo, será mais útil que o paciente capte e registre seus pensamentos automáticos no momento em que percebe mudança no humor e responda a esses pensamentos mentalmente ou por escrito. Alguns evitam pensar na terapia entre as sessões. Frequentemente, essa esquiva faz parte de um problema maior, e você primeiro terá que ajudar o paciente a identificar e modificar determinadas crenças (p. ex., "Se eu focar em um problema em vez de me distrair, só vou me sentir pior" ou "Eu não consigo mudar, então por que tentar?"). Outros pacientes, no entanto, precisam apenas de um lembrete gentil para olhar diariamente a sua lista de exercícios.

Esquecer a Justificativa para uma Prescrição

Ocasionalmente, o paciente deixa de lado uma prescrição porque não se lembra *por que* foi pedido que a executasse. Esse problema pode

ser evitado ao fazer o paciente (que demonstrou dificuldade) registrar a justificativa ao lado de um exercício.

PACIENTE: Eu não fiz os exercícios de relaxamento [ou não li os cartões de enfrentamento, ou não pratiquei a respiração controlada, ou não registrei as minhas atividades] porque estava me sentindo bem nesta semana.

TERAPEUTA: Você se lembra do que dissemos algumas semanas atrás – por que é útil praticar isso todos os dias, independentemente de como você esteja se sentindo?

PACIENTE: Não tenho certeza.

TERAPEUTA: Bem, digamos que você não pratique seus exercícios de relaxamento por duas semanas. Depois, você tem uma semana estressante. O quanto suas habilidades estarão aguçadas, então?

PACIENTE: Não muito.

TERAPEUTA: Vamos, então, anotar de novo alguns exercícios de relaxamento para fazer em casa nesta semana com um lembrete de que você quer estar apto a fazer relaxamento antes de precisar usá-lo? (*pausa*) Algum outro problema em praticar o relaxamento?

Desorganização ou Falta de Responsabilidade

Muitos pacientes terão mais probabilidade de executar as prescrições quando tiverem que marcar uma lista de verificação diária, indicando se realizaram o exercício. Você ou o paciente pode desenhar um diagrama simples (Figura 17.1) na sessão. Instrua-o a marcar todos os dias cada tarefa que terminar. Essa técnica vai ajudá-lo a se lembrar de colocar em prática as prescrições e também fará ele se defrontar com o que não está fazendo.

O paciente também pode anotar as prescrições em um calendário diário ou agenda. (Faça o primeiro dia junto, no consultório, e peça que ele anote o resto na recepção, após a sessão.) Posteriormente, após concluir as tarefas, o paciente poderá marcar ou riscar.

Uma terceira técnica que você pode usar com um paciente cuja adesão provavelmente será baixa, é sugerir que ele telefone para o seu consultório e deixe uma mensagem quando tiver concluído uma tarefa. Saber que você espera uma mensagem poderá motivá-lo a realizar o exercício de casa.

Como em qualquer intervenção, você deve sugerir essas possibilidades com uma justificativa racional e assegurar-se de que o paciente concorda.

Dificuldade com uma Prescrição

Se você perceber, em uma sessão posterior, que uma prescrição de exercício foi muito difícil ou mal definida (problemas comuns com terapeutas iniciantes), assuma a responsabilidade. Caso contrário, o paciente poderá se criticar injustamente por não ter concluído com sucesso a prescrição:

TERAPEUTA: Sally, agora que já conversamos sobre o problema que você teve com o exercício, consigo perceber que não lhe expliquei muito bem. [Ou: "Estou vendo que foi muito difícil".] Desculpe-me por isso. O que passou pela sua cabeça quando não conseguiu fazê-lo [ou não o fez]?

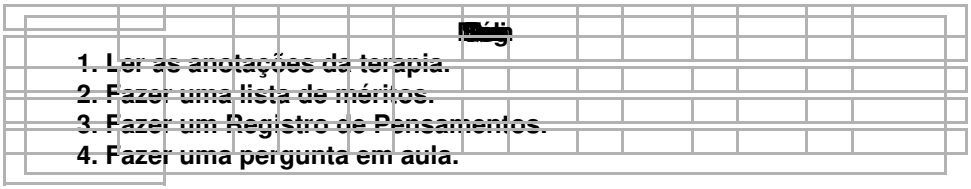


FIGURA 17.1. Amostra da Lista de Verificação Diária para as Prescrições de Exercícios de Casa.

Aqui, você tem a oportunidade de (1) servir como modelo de alguém que pode cometer e admitir os erros, (2) desenvolver *rapport*, (3) demonstrar que você está preocupado em adaptar a terapia – e as prescrições de exercícios – ao paciente e (4) ajudar o paciente a encontrar uma explicação alternativa para a sua falta de sucesso.

Problemas Psicológicos

Se o paciente não executar uma prescrição que foi adequadamente definida e que teve a oportunidade de fazer, a dificuldade poderá ser proveniente de um dos fatores psicológicos descritos a seguir.

Previsões Negativas

Quando o paciente está em sofrimento psicológico e particularmente quando está deprimido, tende a presumir resultados negativos. Para identificar cognições disfuncionais que interferiram na realização de um exercício prescrito, peça ao paciente para recordar um momento *específico* em que ele pensou em fazer a tarefa e depois

investigue as cognições e sentimentos relacionados:

TERAPEUTA: Houve algum momento nesta semana em que você *realmente* pensou em ler o folheto sobre depressão?

PACIENTE: Sim. Eu pensei algumas vezes.

TERAPEUTA: Conte-me sobre uma dessas vezes. Você pensou nisso na noite passada, por exemplo?

PACIENTE: Sim. Eu ia fazer depois do jantar.

TERAPEUTA: O que aconteceu?

PACIENTE: Não sei. Eu simplesmente não consegui fazer.

TERAPEUTA: Como você estava se sentindo?

PACIENTE: Desanimada, triste, meio cansada.

TERAPEUTA: O que estava passando pela sua cabeça quando pensou em ler o folheto?

PACIENTE: Isto é difícil. Provavelmente não vou conseguir me concentrar. Eu não vou entender nada.

TERAPEUTA: Parece que você estava se sentindo bem desanimada. Não é de estranhar que estivesse encontrando problemas para começar. Na verdade, talvez nós devêssemos ter feito você começar a ler aqui durante a nossa sessão na semana passada. (*pausa*) E se pudéssemos testar essa ideia de que você não vai ser capaz de se concentrar e entender?

PACIENTE: Acho que eu poderia tentar.

Você pode, então, pedir que o paciente realize um experimento durante a sessão. Depois de um resultado bem-sucedido, ele poderá anotar conclusões como: "Às vezes, os meus pensamentos não são verdadeiros, e posso fazer mais do que penso. Da próxima vez em que me sentir sem esperanças, posso realizar um experimento, como o que fiz com o folheto". (Nota: se o experimento não foi bem-sucedido, você precisará mudar a tarefa para uma mais básica.)

O paciente pode testar outras previsões negativas (como: "A minha colega de quarto não vai querer ir naquela reunião comigo", "Eu não vou entender o material, mesmo que peça ajuda" ou "Fazer o exercício de casa vai fazer me sentir pior") por meio de experimentos comportamentais. Mais uma vez, é importante preparar o paciente para a sua reação a um resultado negativo possível. Você poderá ajudá-lo a avaliar outros pensamentos, como "Eu não consigo fazer nada direito" ou "Eu vou rodar neste curso", com o questionamento socrático padrão.

Quando o paciente revelar ambivalência quanto à utilidade de realizar uma prescrição, você deve reconhecer que não sabe qual será

o resultado: “Eu não sei com certeza se realizar este exercício *vai* ajudar. Mas o que você tem a perder se não funcionar? Qual é o ganho potencial a longo prazo se funcionar?”. Ou, então, você e o paciente podem listar as vantagens e as desvantagens de fazer o exercício.

Por fim, um paciente poderá se beneficiar do trabalho em relação às crenças. O exercício poderá ativar crenças como:

> “Eu sou incompetente.”
> “Ter que fazer o exercício da terapia significa que tenho algum defeito.”
> “Eu não deveria ter que me esforçar tanto para me sentir melhor.”
> “A minha terapeuta está tentando me controlar.”
> “Se eu pensar nos meus problemas, vou me sentir cada vez pior.”
> “Se eu fizer o exercício e melhorar, a minha vida vai piorar.”

Esses tipos de crenças podem ser identificados e modificados por meio das técnicas descritas nos Capítulos 13 e 14.

Superestimar as Demandas de uma Prescrição

Alguns pacientes superestimam o grau de inconveniência e dificuldade para fazer o exercício de casa ou não percebem que a execução daquela prescrição terapêutica será por um tempo limitado.

TERAPEUTA: O que poderia impedir você de fazer um Registro de Pensamentos algumas vezes nesta semana?

PACIENTE: Não tenho certeza se vou encontrar tempo para isso.

TERAPEUTA: Quanto tempo você acha que levará a cada vez?

PACIENTE: Não muito. Talvez uns 10 minutos. Mas estou muito ocupada nos últimos dias, você sabe. Eu tenho milhões de coisas para fazer.

Você pode, então, resolver o problema de forma simples, de modo a encontrar brechas no tempo do paciente, ou poderá propor uma analogia, enfatizando que a inconveniência de realizar uma prescrição tem um tempo limitado:

TERAPEUTA: Com certeza isso é verdade; você *está* muito ocupada nos últimos dias. Mas – este é um exemplo extremo, eu sei – o que você faria se todos os dias tivesse que reservar um tempo para fazer alguma coisa que salvaria a sua vida [ou a vida de uma

pessoa amada]? O que aconteceria, por exemplo, se precisasse de uma transfusão de sangue diária?

PACIENTE: Bem, é claro que encontraria tempo.

TERAPEUTA: Agora, obviamente, não será uma ameaça à sua vida se você não seguir esta prescrição, mas o princípio é o mesmo. Em seguida, poderemos conversar especificamente sobre como você poderia fazer algum corte em outra área, mas primeiro é importante lembrar que isso *não* é para o resto da sua vida. Nós apenas precisamos reorganizar algumas coisas durante algum tempo até que você esteja se sentindo melhor.

O paciente que superestima a *energia* necessária para realizar uma prescrição se beneficia com perguntas similares. No próximo exemplo, a paciente tem uma imagem disfuncional (e distorcida) sobre realizar uma tarefa.

TERAPEUTA: O que poderia atrapalhar que você vá ao *shopping* todos os dias nesta semana?

PACIENTE (*Suspira*) Eu não sei se vou ter energia.

TERAPEUTA: O que você está prevendo?

PACIENTE: Bem, eu me arrastando de loja em loja.

TERAPEUTA: Bem, nós falamos em você ir por apenas 10 minutos por dia. A quantas lojas você realmente conseguiria ir em 10 minutos? Acho que deve estar imaginando que essa prescrição vai ser mais difícil do que nós planejamos.

Em uma situação diferente, a paciente se lembrou corretamente da prescrição, mas outra vez superestima a energia que vai requerer. Eu primeiro a ajudo a *especificar o problema*, fazendo uma versão modificada e curta do ensaio encoberto.

PACIENTE: Não estou certa se terei energia suficiente para levar Max ao parque por 15 minutos.

TERAPEUTA: O problema será sair de casa, ir até o parque ou o que você terá que fazer *no* parque?

PACIENTE: Sair de casa. Eu tenho que juntar tanta coisa para levar – a bolsa de fraldas, o carrinho, uma mamadeira, seu casaco e botas...

[Terapeuta e paciente, então, resolvem o problema; uma solução é que ela reúna antes o que necessita, quando estiver se sentindo com mais energia e menos sobrecarregada.]

Em uma terceira situação, simplesmente defino a prescrição como

um experimento.

PACIENTE: Não tenho certeza se terei energia para dar os telefonemas.

TERAPEUTA: Como nos resta pouco tempo hoje, que tal se definirmos essa prescrição apenas como um experimento: vamos anotar a sua previsão – "Eu não vou ter energia suficiente para dar os telefonemas" –, e, na próxima sessão, você poderá me dizer o quanto ela era adequada. Assim está bem para você?

Perfeccionismo

Muitos pacientes se beneficiam com um simples lembrete de que não devem se esforçar para alcançar a perfeição quando fizerem o exercício de casa.

TERAPEUTA: Aprender a identificar os pensamentos automáticos é uma habilidade, como aprender a usar o computador. Você vai melhorar com a prática. Assim, se tiver dificuldade nesta semana, não se preocupe. Nós vamos descobrir como fazer melhor na nossa próxima sessão.

Outros pacientes, com um forte pressuposto subjacente sobre a necessidade de serem perfeitos, podem se beneficiar com prescrições que *incluam* erros:

TERAPEUTA: Parece que a sua crença sobre perfeccionismo está se revelando por meio da dificuldade de fazer o exercício.

PACIENTE: Sim, está.

TERAPEUTA: Que tal se, nesta semana, você fizer um Registro de Pensamentos que seja *deliberadamente* imperfeito? Você poderia fazer com uma caligrafia confusa, não terminar de fazer ou cometer erros de ortografia. Também poderíamos estabelecer 10 minutos como um tempo limite para isso.

Obstáculos Psicológicos Disfarçados de Problemas Práticos

Alguns pacientes supõem que problemas práticos, como falta de tempo, energia ou oportunidade, poderão impedir a realização de uma prescrição. Se você achar que um pensamento ou crença também está

interferindo, deverá investigar a possibilidade *antes* de discutir o problema prático:

TERAPEUTA: Ok, então você não está certa se vai conseguir realizar esta tarefa [devido a um problema prático]. Vamos simular por um momento que esse problema desaparece por um passe de mágica. *E agora*, qual a probabilidade de você fazer o exercício de casa? Alguma outra coisa interferiria? Algum pensamento iria atrapalhar?

Problemas Relacionados às Cognições do Terapeuta

Por fim, você deve avaliar se algum dos *seus* pensamentos ou crenças o impede de incentivar o paciente de forma assertiva e adequada a realizar os exercícios. Os pressupostos disfuncionais típicos do terapeuta incluem:

"Eu vou magoar os sentimentos dele se tentar descobrir por que não fez o exercício."
"Ela vai ficar brava se eu [gentilmente] questioná-la."
"Ele se sentirá insultado se eu sugerir que tente monitorar o exercício."
"Ela não precisa realmente fazer o exercício para melhorar."
"Ele está muito sobrecarregado agora com outras coisas."
"Ela é muito passivo-agressiva para fazer o exercício."
"Ele é muito frágil para se expor a uma situação ansiogênica."

Pergunte-se o que passa pela *sua* cabeça quando você pensa em prescrever um exercício ou explorar por que um paciente não fez o exercício de casa. Se você está tendo pensamentos disfuncionais, poderá fazer um Registro de Pensamentos, experimentos comportamentais ou consultar um supervisor ou colega. Lembre-se de que você não estará fazendo um favor ao paciente se permitir que ele deixe de fazer o exercício (que as pesquisas demonstram ser importante) e não se esforçar para aumentar a adesão.

REVISANDO OS EXERCÍCIOS DE CASA

Você deve se preparar antes de cada sessão, revisando as anotações da sessão anterior e particularmente os exercícios do paciente. Uma discussão do exercício costuma ser o primeiro item da pauta, a não ser que isso seja claramente inadequado (p. ex., o paciente está sofrendo por um luto recente). Mesmo que o paciente esteja em crise, ainda assim será útil passar alguns minutos discutindo o exercício de casa mais adiante na sessão ou, em um caso diferente, concordar colaborativamente que o exercício prescrito na sessão anterior não se aplica no momento.

Decidir quanto tempo utilizar revisando o exercício e discutindo se o paciente quer continuar algum exercício faz parte da arte da terapia. Você irá dispensar mais tempo no exercício de casa quando:

- Ele abranger um problema importante em andamento que requer mais discussão.
- O paciente não tiver concluído um exercício.
- Você julgar que é importante discutir o que o paciente aprendeu ou ajudar a alcançar um novo entendimento dos seus problemas.

Por exemplo, se um paciente gravemente deprimido não realiza a programação de atividades, você provavelmente dispensará um tempo significativo da sessão na conceituação do que aconteceu e planejando com ele como poderá ter mais sucesso na semana seguinte. Dispensar muito pouco tempo na revisão do exercício de casa poderá privar o paciente de reforçar o aprendizado e habilidades importantes. Dispensar um tempo excessivo poderá privar o paciente de discutir a fundo novos problemas.

O tempo que você dedica a revisar o exercício de casa poderá variar. No início do tratamento, você vai reforçar o que estava nas anotações da terapia (p. ex., perguntar ao paciente o quanto ele acredita nas respostas adaptativas que escreveu na(s) sessão(ões) passada(s) e em casa). Você poderá precisar revisar e permitir que o paciente pratique habilidades que ele não entendeu. Também decidirá colaborativamente com quais prescrições o paciente vai continuar ou quais vai modificar para a semana seguinte.

Em resumo, você e seu paciente devem considerar o exercício de casa como parte essencial do tratamento. Os exercícios, adequadamente prescritos e concluídos, aceleram o progresso e permitem que o paciente pratique as técnicas terapêuticas de que vai

precisar quando terminar a terapia. Kazantzis, Deane, Ronan e Lampropoulos (2005) e Tompkins (2004) são recursos úteis.

Capítulo 18

TÉRMINO E PREVENÇÃO DE RECAÍDA

O objetivo da terapia cognitivo-comportamental é facilitar a remissão do transtorno do paciente e ensinar habilidades que ele poderá usar ao longo da sua vida. O objetivo não é que você resolva todos os problemas dele. Na verdade, se você se considerar responsável por ajudar o paciente com *todos* os problemas, estará arriscando gerar e reforçar a dependência, além de privar o paciente da oportunidade de testar e fortalecer suas habilidades.

As sessões são geralmente programadas para uma vez por semana, a menos que haja restrições práticas. Os pacientes com sintomas graves podem se beneficiar com sessões mais frequentes. Depois que o paciente obteve redução nos sintomas e aprendeu habilidades básicas, vocês podem colaborativamente combinar de reduzir a terapia gradualmente, a título de experiência, para quinzenal e, depois, para a cada três ou quatro semanas. Além disso, o paciente é incentivado a programar sessões de "reforço" em aproximadamente 3, 6 e 12 meses após o término. Este capítulo descreve os passos para preparar o paciente para o término e para uma possível recaída desde o começo da terapia até a sessão final de reforço.

ATIVIDADES INICIAIS

Você vai começar a preparar o paciente para o término e a prevenção de recaídas ainda na primeira sessão, quando diz que o seu objetivo é fazer o tratamento durar o menor tempo possível, com a meta de ajudá-lo a se tornar seu próprio terapeuta. Assim que ele começar a se sentir melhor, é importante ter uma discussão sobre o andamento da recuperação. O paciente se beneficia com uma descrição visual (Figura 18.1) de como se dá o progresso, com períodos de melhora que costumam ser interrompidos (temporariamente) por platôs, flutuações e retrocessos. (Posteriormente, você vai enfatizar que a vida após a terapia pode ser marcada por retrocessos ou dificuldades ocasionais, mas que o paciente estará mais bem equipado para lidar com eles sozinho.)

TERAPEUTA: Fico feliz que você esteja se sentindo melhor, mas devo lhe dizer que você ainda poderá ter altos e baixos. A maioria das pessoas continua se sentindo cada vez um pouco melhor e, então, em determinado momento, alcança um platô ou tem um retrocesso. Então, gradualmente, vão se sentindo melhor, e depois poderá haver outro platô ou retrocesso. Assim, é *normal* ter altos e baixos... Você compreende por que é importante que se lembre disso no futuro?

PACIENTE: Acho que assim não vou me preocupar tanto com relação aos momentos de baixa.

TERAPEUTA: Exatamente. Você poderá se lembrar desta discussão em que nós previmos alguns momentos de baixa. Na verdade, poderá visualizar isso em um gráfico [Figura 18.1]. Esta é uma ideia aproximada do que poderá acontecer. Você entende que os retrocessos geralmente serão em menor número e mais curtos, além de menos graves, à medida que o tempo passar?

PACIENTE: Sim.

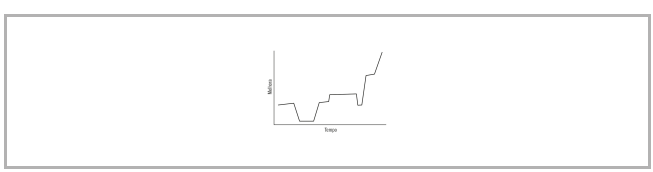


FIGURA 18.1. Progresso na Terapia. Este gráfico, se desenhado com habilidade, pode ser feito para se parecer com a fronteira sul dos Estados

Unidos, com os retrocessos representados pelo "Texas" e a "Flórida". Embora alguns pacientes e terapeutas achem engraçado, esta ilustração pode ajudar o paciente a relembrar que os retrocessos são normais.

TERAPEUTA: É importante que você se lembre desse gráfico; caso contrário, quando tiver um retrocesso, poderá pensar que a terapia não funciona, que nunca vai melhorar.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Você provavelmente vai ter altos e baixos suaves mesmo depois da terapia, porque todos têm. É claro que quando isso acontecer você terá as ferramentas de que precisa para se ajudar, ou poderá voltar para uma sessão ou duas. Discutiremos isso mais perto do fim do tratamento.

ATIVIDADES AO LONGO DA TERAPIA

Certas técnicas devem ser usadas ao longo de todo o tratamento para facilitar a prevenção de recaídas.

Atribuir o Progresso ao Paciente

Você deve estar alerta em todas as sessões a oportunidades de reforçar o paciente pelo seu progresso. Quando ele obtém melhora no humor, descubra por que acha que está se sentindo melhor e reforce a ideia, sempre que possível, de que ele proporcionou as mudanças no seu humor ao fazer mudanças no seu modo de pensar e no seu comportamento.

TERAPEUTA: Parece que o seu nível de depressão está mais baixo nesta semana. Por que acha que isso aconteceu?

PACIENTE: Não estou certa.

TERAPEUTA: Você fez alguma coisa diferente nesta semana? Você foi em frente e fez as atividades que programamos? Ou respondeu aos seus pensamentos negativos?

PACIENTE: Sim. Na verdade, eu me exercitei todos os dias e também saí com amigos duas vezes. Eu até me critiquei algumas vezes, mas então li os meus cartões de enfrentamento.

TERAPEUTA: É possível que esteja se sentindo melhor nesta semana por ter feito várias coisas que ajudaram?

PACIENTE: É, acho que sim.

TERAPEUTA: Então o que pode dizer sobre como você fez progresso?

PACIENTE: Eu acho que quando faço coisas para me ajudar, eu *realmente* me sinto melhor.

Alguns pacientes acreditam inicialmente que todo o mérito por se sentirem melhor é do terapeuta. Uma atribuição alternativa – de que o *paciente* é responsável pelas mudanças – poderá fortalecer o seu sentimento de autoeficácia.

TERAPEUTA: Por que acha que está se sentindo melhor nesta semana?

PACIENTE: Você me ajudou muito na sessão passada.

TERAPEUTA: Bem, eu posso ter-lhe ensinado *algumas* coisas, mas

quem foi que realmente mudou o seu pensamento e seu comportamento nesta semana?

PACIENTE: Acho que fui *eu*.

TERAPEUTA: O quanto acredita, agora, que é realmente *você* quem merece o crédito?

O paciente também poderá atribuir toda a melhora a uma mudança nas circunstâncias (p. ex.: "Eu estou me sentindo melhor porque o meu namorado me ligou") ou à medicação. Embora você deva reconhecer esses fatores externos, também deve perguntar sobre as mudanças no pensamento ou no comportamento que podem ter contribuído ou ajudado a manter a melhora. Quando o paciente insiste em acreditar que não merece o mérito, você pode decidir investigar a sua crença subjacente ("O que significa para você que eu esteja tentando lhe dar o mérito?").

Ensinar e Usar as Ferramentas/Técnicas Aprendidas na Terapia

Ao ensinar as técnicas e ferramentas ao paciente, você irá enfatizar que elas são um auxílio para toda a vida, que ele poderá usá-las em inúmeras situações agora e no futuro – ou seja, essas técnicas não são específicas para apenas um transtorno como a depressão, mas podem ser usadas sempre que o paciente perceber que está reagindo de forma exageradamente emocional ou disfuncional. As técnicas e ferramentas comuns que podem ser usadas durante e depois da terapia incluem as seguintes:

1. Dividir os grandes problemas em componentes manejáveis.
2. Fazer um *brainstorm* de soluções para os problemas.
3. Identificar, testar e responder aos pensamentos automáticos e crenças.
4. Usar os Registros de Pensamentos.
5. Monitorar e programar atividades.
6. Fazer exercícios de relaxamento.
7. Usar as técnicas de distração e refocalização.
8. Criar hierarquias de tarefas ou situações evitadas.
9. Escrever listas de méritos.
10. Identificar as vantagens e as desvantagens (de pensamentos específicos, crenças, comportamentos ou escolhas ao tomar uma decisão).

Você deve ajudar o paciente a entender como ele pode usar essas ferramentas em outras situações durante e depois da terapia:

TERAPEUTA: Então identificar seus pensamentos depressivos e depois questioná-los e responder a eles realmente reduziu a tristeza que sentia?

PACIENTE: Sim, reduziu. Eu fiquei surpresa.

TERAPEUTA: Você sabia que pode usar as mesmas ferramentas sempre que sentir que está reagindo mais exageradamente – quando achar que sente mais raiva, ansiedade, tristeza, vergonha, etc. – do que a situação exige?

PACIENTE: Na verdade, não tinha pensado nisso.

TERAPEUTA: Eu não estou dizendo que você deve tentar se livrar de *todas* as emoções negativas – somente quando achar que pode estar reagindo exageradamente. Você consegue pensar em alguma outra situação que aconteceu nas últimas semanas na qual poderia ter ajudado usar um Registro de Pensamentos?

PACIENTE: (*Faz uma pausa*) Não vem nada à minha mente.

TERAPEUTA: Há alguma situação que vai acontecer nas próximas semanas em que poderia ser útil usar um Registro de Pensamentos?

PACIENTE: (*Faz uma pausa*) Bem, eu sei que vou ficar muito brava com o meu irmão se ele decidir ficar na faculdade durante o verão em vez de vir para casa.

TERAPEUTA: O que você acha de fazer um Registro de Pensamentos nessa situação, anotando e depois respondendo aos seus pensamentos?

PACIENTE: Ok.

Preparar para Retrocessos durante a Terapia

Assim que o paciente começar a se sentir melhor, você vai prepará-lo para um possível retrocesso, pedindo que imagine o que passará pela sua cabeça se começar a se sentir pior. Respostas comuns incluem: “Eu não deveria estar me sentindo assim”, “Isto quer dizer que não estou melhorando”, “Estou sem esperança”, “Eu nunca vou ficar bem”, “Meu terapeuta vai ficar decepcionado” ou “Meu terapeuta não está fazendo um bom trabalho”, “A terapia cognitivo-comportamental não funciona para mim”, “Estou condenado a ficar deprimido para sempre”, “Foi só uma casualidade ter-me sentido melhor inicialmente”. O paciente também pode relatar uma imagem

de si no futuro, por exemplo, sentindo-se amedrontado, sozinho, triste, confuso encolhido na sua cama. Os cartões de enfrentamento e o gráfico do progresso na terapia (Figura 18.1) podem ajudar a evitar essas cognições negativas.

TERAPEUTA: Bem, você já teve um bom progresso. A sua depressão parece estar melhorando um pouco.

PACIENTE: Eu *estou* me sentindo melhor.

TERAPEUTA: Você se lembra de que falamos sobre retrocessos algumas semanas atrás?

PACIENTE: Um pouco.

TERAPEUTA: Já que é possível que *possa* ter um retrocesso, eu gostaria de discutir antecipadamente como você poderia lidar com isso.

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Eu gostaria que imaginasse por um momento que você teve uma semana ruim. Nada parece ter saído bem. Tudo parece sombrio novamente. Você está muito desanimada. Parece que não há esperança. Consegue visualizar isso em sua mente?

PACIENTE: Sim. É como era antes da terapia.

TERAPEUTA: Ok. Diga o que está passando pela sua cabeça agora.

PACIENTE: (*Faz uma pausa*) Não é justo. Eu estava indo tão bem. Isso não está funcionando.

TERAPEUTA: Bom. Então, como você pode responder a esses pensamentos?

PACIENTE: Não tenho certeza.

TERAPEUTA: Bem, tem uma opção. Você pode continuar a ter esses pensamentos depressivos. Se continuar, o que você prevê que vai acontecer ao seu humor?

PACIENTE: Provavelmente vou me sentir pior.

TERAPEUTA: *Ou* você pode lembrar a si mesma de que este é apenas um retrocesso normal e temporário. Então como se sentiria?

PACIENTE: Melhor, provavelmente, ou pelo menos não me sentiria pior.

TERAPEUTA: Ok. Depois de lembrar que os retrocessos são normais, que tipo de coisas você aprendeu a fazer nas últimas semanas que poderiam ajudar?

PACIENTE: Eu poderia ler as minhas anotações da terapia ou afastar meu pensamento disso, concentrando-me no que devo fazer.

TERAPEUTA: Ou as duas coisas.

PACIENTE: Certo, ou as duas coisas.

TERAPEUTA: Existe alguma razão para achar que as ferramentas que ajudaram antes não irão ajudar novamente?

PACIENTE: Não.

TERAPEUTA: Então você poderá responder aos seus pensamentos negativos e começar a concentrar-se em outra coisa. Você acha que vale a pena anotar o que acabamos de falar – para que tenha um plano no caso de ter um retrocesso em algum momento?

ATIVIDADES PRÓXIMAS DO TÉRMINO

Responder a Preocupações sobre a Redução na Frequência das Sessões

Várias semanas antes do término, você deve discutir o espaçamento na frequência das sessões, como um experimento, de uma vez por semana para uma vez a cada duas semanas. Embora alguns pacientes concordem prontamente com essa combinação, outros poderão ficar ansiosos. É indicado para este último grupo de pacientes listar verbalmente ou talvez registrar por escrito as vantagens de experimentar reduzir a frequência das sessões. Quando o paciente não consegue ver as vantagens, você deve primeiramente investigar as desvantagens, usar a descoberta guiada para ajudar a identificar as vantagens e depois ajudar a reestruturar as desvantagens (veja a Figura 18.2).

Vantagens de reduzir a frequência da terapia

1. **Eu terei mais oportunidades de usar e aprimorar as minhas ferramentas.**
2. **Eu ficarei menos dependente [da minha terapeuta].**
3. **Eu poderei usar o dinheiro da terapia para outras coisas.**
4. **Eu poderei passar mais tempo [fazendo outras coisas].**

Desvantagens

1. **Eu posso ter uma melhor.**
2. **Eu posso não conseguir respiar e os problemas sozinha.**
3. **Eu vou sentir falta [da minha terapeuta].**

Se tiver uma recaída, é melhor que aconteça enquanto ainda estiver em terapia, para que possa aprender como lidar com ela.

A redução na frequência da terapia me dará a chance de testar a minha ideia de que preciso [da minha terapeuta]. Afinal de contas, é melhor que eu aprenda a resolver os problemas sozinha, porque não vou ficar em terapia para sempre.

Provavelmente isso é verdade, mas vou conseguir tolerar, e isso vai me estimular a montar uma rede de apoio.

FIGURA 18.2. Vantagens e Desvantagens (para Sally) de Reduzir a Frequência da Terapia.

A transcrição a seguir ilustra como deve se encaminhar uma discussão:

TERAPEUTA: Em nossa última sessão, discutimos rapidamente a possibilidade de experimentarmos espaçar nossas sessões. Você pensou sobre passar para sessões quinzenais, como experiência?

PACIENTE: Pensei. Isso me deixou um pouco ansiosa.

TERAPEUTA: O que passou pela sua cabeça?

PACIENTE: Ah, e se acontecer alguma coisa que eu não consiga manejar? E se eu começar a ficar mais deprimida – não aguentaria isso.

TERAPEUTA: Você avaliou esses pensamentos?

PACIENTE: Sim. Eu me dei conta de que estava catastrofizando, que não era o fim absoluto da terapia. E você disse que eu poderia telefonar se precisasse.

TERAPEUTA: É isso mesmo. Você imaginou uma situação específica que poderia ocorrer e que seria difícil?

PACIENTE: Não, na verdade não.

TERAPEUTA: Talvez ajudasse se você imaginasse um problema específico agora.

PACIENTE: Ok. [Sally se imagina tirando uma nota baixa em uma prova, identifica seus pensamentos automáticos, responde aos pensamentos e faz um plano específico quanto ao que fazer a seguir.]

TERAPEUTA: Agora, vamos conversar sobre o segundo pensamento automático que você teve em relação ao espaçamento das sessões – que você ficaria mais deprimida e não conseguiria lidar com isso.

PACIENTE: Acho que talvez isso não seja verdade. Você fez eu me dar conta de que eu conseguiria aguentar ficar mal de novo. Mas não gostaria disso.

TERAPEUTA: Ok. Agora digamos que você *realmente* fique mais deprimida, e ainda falta uma semana e meia para a nossa próxima sessão. O que você faz?

PACIENTE: Bem, posso fazer o que fiz mais ou menos um mês atrás. Reler as minhas anotações da terapia, cuidar para me manter ativa, fazer mais Registros de Pensamentos. Em alguma parte das minhas anotações, tenho uma lista de coisas a fazer.

TERAPEUTA: Seria útil encontrar aquela lista agora?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Ok. Que tal se, como exercício de casa, você encontrasse a lista e escrevesse um Registro de Pensamentos para estes dois pensamentos: “Pode acontecer alguma coisa que eu não consiga manejar” e “Eu não aguentaria se ficasse mais deprimida”?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Algum outro pensamento sobre o espaçamento das sessões?

PACIENTE: Apenas que sentiria falta de não ter você para conversar

todas as semanas.

TERAPEUTA: Eu também vou sentir falta. Existe mais alguém com quem você poderia conversar, mesmo que fosse um pouco?

PACIENTE: Bem, poderia ligar para Rebecca. E acho que eu poderia ligar para o meu irmão.

TERAPEUTA: Parece ser uma boa ideia. Você quer anotar isso também?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: E, finalmente, você se lembra de que nós dissemos que poderíamos *experimentar* as sessões quinzenais? Se não estiver funcionando bem, eu quero que você me ligue, para que possa retornar em seguida.

Responder às Preocupações Sobre o Término

Quando o paciente está se saindo bem com as sessões quinzenais, você pode sugerir programar a próxima consulta para dali a três ou quatro semanas, como preparação para o término. Mais uma vez, a redução na frequência das sessões poderá ser encarada como um experimento. A cada nova sessão, você e o paciente combinam se continuam espaçando as sessões ou se voltam a sessões mais frequentes.

Quando se aproxima o término, é importante investigar os pensamentos automáticos do paciente em relação ao fim da terapia. Alguns ficam animados e esperançosos. No outro extremo, outros ficam temerosos ou até mesmo bravos. A maioria tem sentimentos variados. Eles estão satisfeitos com seu progresso, mas preocupados com a recaída. Frequentemente, eles lamentam ter que encerrar sua relação com você.

É importante reconhecer o que o paciente está sentindo e ajudar a responder a alguma distorção. Geralmente, é recomendável que você expresse seus sentimentos genuínos, se puder dizer honestamente que lamenta o fim (gradual) do relacionamento, mas que se sente orgulhoso pelo que ele alcançou na terapia e que acredita que ele está pronto para ficar por conta própria. Responder a outros pensamentos automáticos e examinar as vantagens e desvantagens do término pode ser feito do mesmo modo descrito anteriormente para responder aos pensamentos sobre o espaçamento das sessões. Outras estratégias para ajudar os pacientes que estão preocupados com o término podem ser encontradas em Ludgate (2009).

Rever o Que Foi Aprendido na Terapia

Você vai incentivar o paciente a ler e organizar suas anotações para que no futuro possa consultá-las com facilidade. Por exemplo, uma boa prescrição de exercício é escrever uma sinopse dos pontos importantes e habilidades aprendidas no tratamento.

Sessões de Autoterapia

Embora muitos pacientes não continuem com sessões formais de autoterapia, é indicado que um plano de autoterapia seja discutido (veja a Figura 18.3) e que seu uso seja estimulado. Quando o paciente experimenta fazer sessões de autoterapia enquanto as sessões regulares ainda estão sendo espaçadas, será muito mais provável que ele faça a autoterapia após o término, e ele poderá descobrir problemas potenciais: falta de tempo suficiente, mal-entendidos sobre o que fazer e interferência de pensamentos (p. ex.: "Isso é trabalho demais", "Na verdade, eu não preciso fazer isso", "Eu não consigo fazer isso sozinho"). Além de ajudar o paciente a responder a esses problemas, você pode lembrar das vantagens das sessões de autoterapia: ele estará continuando a terapia, mas de acordo com sua própria conveniência e sem nenhum custo; poderá manter as ferramentas recém-adquiridas atualizadas e prontas para uso; poderá resolver dificuldades antes que se transformem em problemas maiores; reduzirá a possibilidade de recaída; e poderá usar suas habilidades para enriquecer sua vida em uma série de contextos.

Um plano genérico de autoterapia é apresentado na Figura 18.3. Você pode examiná-lo com o paciente e adequá-lo para responder às suas necessidades. Muitos se beneficiam com uma rápida discussão sobre um sistema que sirva como lembrete: "Inicialmente, você poderá experimentar uma sessão de autoterapia uma vez por semana; depois, espaçar para uma ou duas vezes por mês; em seguida, uma vez em cada estação do ano e, por fim, uma vez por ano. Como você poderia se lembrar de executar periodicamente esse plano de autoterapia?".

Preparar para os Retrocessos Após o Término

Conforme mencionado anteriormente, você começa a preparar o paciente para os retrocessos já no início do tratamento. Quando estiver perto do término, você deve incentivá-lo a compor um cartão

de enfrentamento que especifique o que fazer se ocorrer um retrocesso depois que a terapia tiver terminado. (Veja a Figura 18.4 para um cartão típico.)

É recomendável que o paciente tente resolver suas dificuldades sozinho antes de ligar para você. Se ele realmente precisar de outra consulta, você poderá ajudar a descobrir o problema ou que atrapalhou o seu manejo do retrocesso de forma independente, e juntos vocês poderão planejar o que ele poderá fazer de modo diferente no futuro.

1. *Exame da(s) última(s) semana(s)*

- **Que coisas positivas aconteceram? Pelo que mereço crédito?**
- **Que problemas surgiram? O que eu fiz? Se o problema voltar a acontecer, o que devo fazer de formar diferente, se for o caso?**

2. *Revisão do exercício de casa*

- **Eu fiz o que planejei? Em caso negativo, o que atrapalhou (problemas práticos, pensamentos automáticos) e o que posso fazer a respeito da próxima vez?**
- **O que devo continuar a fazer nesta semana?**

3. *Questões/situações problemáticas atuais*

- **Estou encarando este problema de forma realista ou tenho reagido exageradamente? Existe outra forma de encarar isso?**
- **O que devo fazer?**

4. *Previsão de problemas futuros*

- **Que problemas poderão surgir nos próximos dias ou semanas e o que devo fazer a respeito?**

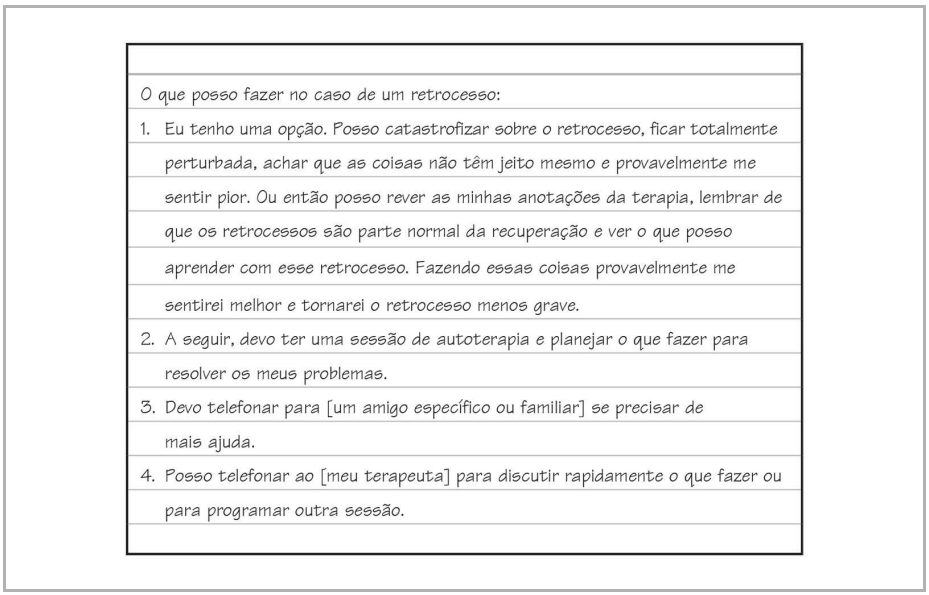
5. *Definir novo exercício de casa*

- **Que exercício de casa poderia ser útil? Eu devo considerar:**
  - **Fazer um Registro de Pensamentos?**
  - **Programar atividades de prazer ou de domínio?**
  - **Ler as anotações da terapia?**
  - **Praticar habilidades, como o relaxamento?**
  - **Fazer uma lista de méritos?**

6. *Programar* **a próxima consulta de autoterapia**

FIGURA 18.3. Guia para as Sessões de Autoterapia. Extraída de *Cognitive behavior therapy worksheet packet***. Copyright 2011, Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy.**

Reimpressa com permissão em *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática, segunda edição*, Judith S. Beck (Guilford Press, 2011). A reprodução deste material é permitida aos compradores deste livro unicamente para uso pessoal. Os leitores poderão fazer o *download* de uma versão ampliada deste material (em inglês) no *site* www.guilford.com/p/beck4.



O que posso fazer no caso de um retrocesso:

1. Eu tenho uma opção. Posso catastrofizar sobre o retrocesso, ficar totalmente perturbada, achar que as coisas não têm jeito mesmo e provavelmente me sentir pior. Ou então posso rever as minhas anotações da terapia, lembrar de que os retrocessos são parte normal da recuperação e ver o que posso aprender com esse retrocesso. Fazendo essas coisas provavelmente me sentirei melhor e tornarei o retrocesso menos grave.
2. A seguir, devo ter uma sessão de autoterapia e planejar o que fazer para resolver os meus problemas.
3. Devo telefonar para [um amigo específico ou familiar] se precisar de mais ajuda.
4. Posso telefonar ao [meu terapeuta] para discutir rapidamente o que fazer ou para programar outra sessão.

FIGURA 18.4. Cartão de Enfrentamento de Sally sobre os Retrocessos.

SESSÕES DE REFORÇO

Você deve incentivar o paciente a marcar sessões de reforço após o término por diversas razões. Se surgiu alguma dificuldade, você poderá discutir como o paciente lidou com ela e avaliar se ele poderia ter lidado de uma maneira melhor. Juntos, vocês podem direcionar o olhar para as próximas semanas e meses e prever dificuldades futuras que podem surgir. Então, poderão formular conjuntamente um plano para lidar com essas situações. Saber que você vai lhe perguntar sobre o seu progresso ao fazer a autoterapia poderá motivar o paciente a fazer seu exercício de casa e praticar suas habilidades. Além disso, você pode ajudar a identificar se suas crenças disfuncionais previamente modificadas foram reativadas. Em caso positivo, ele poderá fazer a reestruturação cognitiva na sessão e planejar a continuação do trabalho sobre a crença em casa.

As sessões de reforço também dão a oportunidade de checar o ressurgimento de estratégias disfuncionais (como a esquiva). O paciente poderá expressar objetivos novos ou não atingidos anteriormente e desenvolver um plano para trabalhar em direção à sua concretização. Juntos, vocês poderão avaliar o programa de autoterapia e modificá-lo, se necessário. Por fim, quando o paciente sabe que está programado para sessões de reforço após o término, sua ansiedade quanto a manter o progresso sozinho geralmente é suavizada.

Para preparar as sessões de reforço, você pode apresentar ao paciente uma lista de perguntas (veja a Figura 18.5).

Conforme indica a transcrição a seguir, o objetivo geral da sessão de reforço é conferir o bem-estar do paciente e planejar a manutenção continuada ou o seu progresso.

TERAPEUTA: Estou contente que você tenha conseguido vir hoje. Parece que, pelo Inventário de Depressão de Beck, você está um pouco mais deprimido do que na última vez que nos encontramos. É verdade?

PACIENTE: Sim, minha namorada rompeu comigo recentemente.

TERAPEUTA: Lamento saber disso. Você acha que essa situação é responsável pelo aumento do seu escore no BDI?

PACIENTE: Acho que sim. Eu estava me sentindo muito bem até a semana passada.

TERAPEUTA: Você gostaria de colocar o rompimento na pauta para conversarmos a respeito hoje?

PACIENTE: Sim, isso e o meu progresso, ou melhor, falta de progresso, na procura de um emprego.

TERAPEUTA: Ok. E eu gostaria de saber como estão as coisas para você em geral, além do rompimento: se encontrou alguma outra dificuldade, como lidou com ela, a quantidade de exercícios cognitivo-comportamentais que conseguiu fazer, alguma dificuldade que acha que pode surgir nos próximos 2 ou 3 meses. Isso lhe parece bom?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Você gostaria de começar pelo rompimento? Pode me contar como aconteceu? (*Discutimos o rompimento rapidamente. Eu estou preocupada em como o paciente reagiu ao rompimento, se suas crenças disfuncionais prévias foram ativadas*.) [resumindo] Então as coisas começaram a se deteriorar, e ela lhe disse que queria começar a sair com outros homens? Quando ela disse isso, o que passou pela sua cabeça?

PACIENTE: Que ela, na verdade, não me amava.

TERAPEUTA: E o que isso significou para você, ela não o amar?

PACIENTE: Que deve haver algo errado comigo.

TERAPEUTA: E o que achou que estava errado com você?

PACIENTE: Que não sou muito merecedor de ser amado.

TERAPEUTA: O quanto você acreditou que não era merecedor de ser amado na hora em que ela disse que queria sair com outros homens?

PACIENTE: Ah, uns 90%.

TERAPEUTA: E o quanto acredita agora?

1. Agende antecipadamente – marque consultas definidas, se possível, e telefone para confirmar.

2. Considere a vinda à sessão como uma medida preventiva, mesmo que você venha mantendo os progressos.

3. Prepare-se antes de vir. Decida o que será útil discutir, incluindo:

a. O que aconteceu de bom com você?

b. Que problemas surgiram? Como lidou com eles? Havia uma forma melhor de lidar com eles?

c. Que problema(s) poderia(m) surgir entre esta sessão de reforço e a próxima? Imagine o problema em detalhes. Que pensamentos automáticos teria? Que crenças poderiam ser ativadas? Como vai lidar com os pensamentos automáticos/crenças? Como vai resolver o problema?

d. Que trabalho de terapia cognitivo-comportamental fez? Que trabalho de terapia cognitivo-comportamental gostaria de fazer desta sessão até a próxima sessão de reforço? Que pensamentos automáticos poderiam atrapalhar a realização do trabalho de terapia cognitivo-comportamental? Como vai responder a esses pensamentos?

e. Que outros objetivos tem para si? Como vai alcançá-los? De que forma as coisas que você aprendeu na terapia cognitivo-comportamental podem ajudar?

FIGURA 18.5. Guia para as Sessões de Reforço. Extraída de *Cognitive behavior therapy worksheet packet***. Copyright 2011, Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy.**

Reimpressa com permissão em *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática, segunda edição*, Judith S. Beck (Guilford Press, 2011). A reprodução deste material é permitida aos compradores deste livro unicamente para uso pessoal. Os leitores poderão fazer o *download* de uma versão ampliada deste material (em inglês) no *site* www.guilford.com/p/beck4.

PACIENTE: Menos, talvez uns 50, 60%.

TERAPEUTA: O que fez a diferença?

PACIENTE: Bem, parte de mim sabe que provavelmente nós não éramos a pessoa certa um para o outro.

TERAPEUTA: Então você conseguiu modificar essa velha ideia de não ser merecedor de amor?

PACIENTE: Um pouco.

TERAPEUTA: Certo. Então, o que aprendeu na terapia que você poderá fazer para reduzir ainda mais essa ideia de não ser merecedor de amor e fortalecer a ideia de que você é merecedor de amor?

PACIENTE: Um Registro de Pensamentos poderia ajudar. E sei que as minhas anotações da terapia têm muito disso. Eu deveria ter voltado e relido as anotações.

TERAPEUTA: Isso poderia ter ajudado. Você pensou em fazer isso?

PACIENTE: Sim. Acho que pensei que na verdade não iria ajudar.

TERAPEUTA: O que você acha agora?

PACIENTE: Bem, se isso ajudou antes, deverá ajudar de novo.

TERAPEUTA: O que o impediria de ir para casa e trabalhar nisso pelos próximos dois dias?

PACIENTE: Nada. Eu vou fazer isso. Acho que provavelmente vai ajudar.

TERAPEUTA: E o pensamento "Isso não vai me ajudar" poderia surgir de novo na próxima vez em que estiver com dificuldades?

PACIENTE: Poderia.

TERAPEUTA: O que você poderia fazer agora para que pudesse testar esse pensamento?

PACIENTE: O que eu poderia fazer *agora*?!

TERAPEUTA: Sim. O que você poderia fazer para se lembrar de que teve o pensamento *desta* vez e depois percebeu que ele poderia não ser verdade?

PACIENTE: Eu poderia anotar, talvez em um papel que ficasse sobre a minha escrivaninha.

TERAPEUTA: Ok, que tal se você anotar algumas das coisas que acabamos de falar – fazer um Registro de Pensamentos sobre não ser merecedor de ser amado, ler todas as anotações da terapia, escrever uma resposta ao pensamento "Isso não vai me ajudar"?

Nesta parte da sessão de reforço, avalio o nível de depressão do paciente, defino a pauta, discuto um problema e ajudo-o a definir seu exercício de casa. Investigo se ele tem apenas sintomas depressivos leves que pareçam estar principalmente relacionados ao término do relacionamento. (Se a depressão fosse mais grave, teria passado mais tempo avaliando os gatilhos e identificando e modificando crenças disfuncionais, pensamentos e comportamentos. Também teríamos discutido a indicação de sessões adicionais.)

Esse paciente tem facilidade para expressar seus pensamentos automáticos e crenças subjacentes. Nós precisamos de pouco tempo para desenvolver um plano para ajudá-lo a modificar suas ideias; ele já havia aprendido as ferramentas durante a terapia. Desse modo, só precisava da sessão de reforço para motivá-lo e lembrá-lo de usar essas ferramentas.

Em resumo, a prevenção de recaída é realizada durante toda a terapia. Os problemas quanto ao espaçamento das sessões e ao término são abordados como qualquer outro problema, com uma combinação de solução de problemas e resposta aos pensamentos disfuncionais e às crenças.

Capítulo 19

PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO

Em qualquer momento na terapia, como você decide o que dizer ou fazer a seguir? Respostas parciais a essa pergunta já foram dadas ao longo de todo o livro, mas este capítulo apresenta uma estrutura mais abrangente para tomar decisões e planejar o tratamento. Para manter a terapia focada e progredindo na direção certa, você deve se perguntar continuamente: "Qual é o problema específico aqui e o que estou tentando atingir?". Você está consciente dos seus objetivos naquele momento da sessão, na sessão como um todo, no estágio atual da terapia e no tratamento como um todo. Este capítulo descreve várias áreas essenciais para o planejamento efetivo do tratamento:

- Atingir objetivos terapêuticos amplos.
- Planejar o tratamento a cada sessão.
- Delinear planos de tratamento.
- Planejar cada sessão.
- Decidir em que problema focar.
- Modificar o tratamento padrão para transtornos específicos.

ATINGINDO OBJETIVOS TERAPÊUTICOS AMPLOS

Em nível mais amplo, seu objetivo não é apenas facilitar a remissão do transtorno do paciente, mas também prevenir a recaída. Para atingir este último, você diz ao paciente já no início do tratamento que um dos seus objetivos é ensiná-lo a se tornar seu próprio terapeuta. Para atingir os seus objetivos, você irá:

1. Desenvolver uma aliança terapêutica sólida com o paciente.
2. Explicitar a estrutura e o processo terapêutico.
3. Ensinar ao paciente o modelo cognitivo e compartilhar sua conceituação com ele.
4. Ajudar a minorar seu sofrimento por meio de uma série de técnicas e de solução de problemas.
5. Ensiná-lo a usar essas técnicas sozinho, ajudá-lo a generalizar o uso das técnicas e motivá-lo a usá-las técnicas no futuro.

PLANEJANDO O TRATAMENTO EM CADA SESSÃO

Você desenvolve um plano geral para o tratamento e um plano específico para cada uma das sessões. A terapia pode ser vista constituindo-se de três fases. Na fase inicial do tratamento, você constrói uma sólida aliança terapêutica, identifica e detalha os objetivos do paciente para a terapia, resolve problemas, ensina o modelo cognitivo, promove a ativação cognitiva do paciente (se estiver deprimido ou isolado), educa o paciente sobre seu transtorno, ensina a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos automáticos, familiariza-o (para fazer o exercício de casa, definir uma pauta na terapia e dar *feedback*) e instrui o paciente em estratégias de enfrentamento. Na primeira fase da terapia, você geralmente assume a liderança na sugestão de prescrições de exercícios.

Na fase intermediária da terapia, você continua trabalhando em direção a esses objetivos, mas também enfatiza a identificação, avaliação e modificação das crenças do paciente. Você compartilha com o paciente a sua conceituação dele e utiliza técnicas "intelectuais" e "emocionais" para facilitar a modificação das crenças. Você ensina ao paciente as habilidades de que ele precisa para atingir seus objetivos.

Na fase final da terapia, a ênfase muda para a preparação para o término e a prevenção de recaída. A essa altura, o paciente já está muito mais ativo na terapia, assumindo a liderança na definição da pauta, sugerindo soluções para os problemas, fazendo anotações da terapia e planejando exercícios de casa.

CRIANDO UM PLANO DE TRATAMENTO

Você desenvolve um plano de tratamento com base na sua avaliação do paciente, seu(s) sintoma(s) e transtorno(s) do Eixo I e Eixo II e seus problemas e objetivos específicos presentes. Sally, por exemplo, define cinco objetivos na primeira sessão: melhorar seu trabalho acadêmico, diminuir sua ansiedade em relação às provas, passar mais tempo com os amigos, participar das atividades acadêmicas e divertir-se mais. Com base na sua avaliação inicial, preparei um plano geral para a terapia (veja a Figura 19.1). Em cada sessão, nós trabalhamos em várias áreas especificadas do plano, com base no que havíamos abordado na(s) sessão(ões) anterior(es), no que Sally havia feito como exercício de casa e em que problemas ou tópicos colocara na pauta naquele dia. Você também seleciona cada um dos problemas ou objetivos e faz uma análise crítica, mentalmente ou por escrito (Figura 19.2).

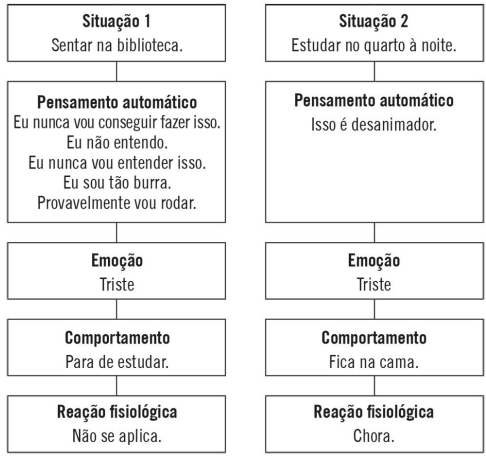
Após formular um plano de tratamento geral, você adere a ele em maior ou menor grau, revisando quando necessário. A análise de problemas específicos obriga a conceituar em detalhes as dificuldades do paciente e a formular um plano de tratamento adaptado a ele. Fazer isso também ajuda a focar em cada sessão, compreender o fluxo da terapia de uma sessão até a seguinte e a estar mais a par do progresso.

1. Resolver o problema de como melhorar sua concentração, procurar a ajuda necessária no seu curso, programar um tempo com os amigos e participar de atividades.
2. Ajudar a identificar, avaliar e responder aos pensamentos automáticos sobre si mesma, a faculdade, outras pessoas e a terapia, especialmente aqueles que são particularmente dolorosos e/ou a impedem de resolver os problemas.
3. Investigar crenças disfuncionais sobre perfeccionismo e ter que procurar a ajuda de outras pessoas.
4. Discutir sua autocrítica e ajudar a se dar mais mérito.
5. Aumentar sua atividade produtiva.

FIGURA 19.1. Plano de Tratamento de Sally.

Análise do problema

A. Situações-problema típicas



B. Comportamentos disfuncionais

Examina repetidamente o material quando tem pouca compreensão ou para de estudar completamente.
Não consegue responder aos pensamentos automáticos.
Não pede ajuda aos outros.

C. Distorções cognitivas

Atribui o problema à sua fraqueza em vez de à depressão.
Presume que o futuro não tem esperança.
Presume que é impotente e não consegue fazer nada quanto ao problema.
Possivelmente correlaciona seu valor às suas conquistas?

D. Estratégias terapêuticas

1. Resolver o problema. Mudar para outro assunto se a compreensão for pouca após uma segunda leitura. Criar um plano para obter ajuda formal ou informal de professores, monitores, orientador ou colega de classe. Redigir durante a sessão cartões de enfrentamento a serem lidos antes e durante o estudo.
2. Monitorar humores e comportamento. Anotar os pensamentos automáticos quando o humor piorar ou quando tiver atitude de evitação.
3. Usar o questionamento socrático para avaliar pensamentos automáticos. Ensinar o uso do Registro de Pensamentos.
4. Usar a descoberta guiada para descobrir o significado dos pensamentos automáticos; colocar no formato condicional (Se... então...) e testar.
5. Se apropriado, usar o *continuum* cognitivo para ilustrar que as conquistas estão em um *continuum*, em vez de se basearem na perfeição ou falha.

FIGURA 19.2. Análise do Problema 1: Dificuldade para Estudar.

PLANEJANDO CADA SESSÃO

Antes e durante uma sessão, você se faz uma série de perguntas para formular um plano geral para a sessão e guiá-lo enquanto a conduz. De forma mais geral, você se pergunta: "O que estou tentando alcançar e como posso fazê-lo do modo mais eficiente?". Os terapeutas experientes pensam automaticamente sobre muitas questões específicas. A lista de perguntas a seguir, embora possa intimidar um iniciante, é um guia útil para os terapeutas mais avançados que desejam aprimorar sua habilidade de tomar melhores decisões sobre como dar prosseguimento a uma sessão. A lista é concebida para ser lida e considerada antes da sessão, já que a sua consulta durante ela iria, sem dúvida, interferir no processo terapêutico.

1. Enquanto revisa suas anotações da sessão anterior, *antes da sessão*, você se pergunta:

a. "Qual é(são) o(s) transtorno(s) do paciente? Como, se for o caso, a terapia cognitivo-comportamental padrão precisa ser modificada para o tratamento desse transtorno e desse paciente em particular?"
b. "Como eu conceituei as dificuldades do paciente? Como, se for o caso, a terapia cognitivo-comportamental padrão precisa ser modificada para esse paciente em particular?"
c. "Em que estágio da terapia nós estamos (começo, meio, fim)? Quantas sessões ainda temos pela frente (se houver um limite)?"
d. "Que progresso fizemos até aqui no humor do paciente, comportamento e sintomas? E em relação aos objetivos do paciente e problemas principais?"
e. "Nossa aliança terapêutica é forte? O que, se for o caso, preciso fazer hoje para fortalecê-la?"
f. "Em que nível *cognitivo* temos trabalhado fundamentalmente: pensamentos automáticos, crenças intermediárias, crenças nucleares ou uma mescla delas? Quanto progresso fizemos em cada nível?"
g. "Em que mudanças comportamentais temos trabalhado? Quanto progresso já fizemos?"
h. "O que aconteceu nas últimas sessões? Que ideias disfuncionais ou problemas (se foi o caso) atrapalharam a terapia? Em que habilidades temos trabalhado? Qual(is) eu quero reforçar? Que novas habilidades quero ensinar?"
i. "O que aconteceu na última sessão? Que exercício o paciente

concordou em fazer? Com o que, se for o caso, eu concordei em fazer (p. ex., ligar para o plano de saúde do paciente ou encontrar biblioterapia relevante?)"

2. Enquanto começa a sessão e verifica o *humor* do paciente, você se pergunta:

a. "Como o paciente está se sentindo desde a nossa última sessão, comparado com o início do tratamento? Que humores predominam (p. ex., tristeza, desânimo, ansiedade, raiva, vergonha)?"
b. "Os escores objetivos coincidem com a descrição subjetiva do paciente? Em caso negativo, por que não?"
c. "Existe alguma coisa quanto ao humor do paciente que devemos colocar na pauta para discutir mais detalhadamente?"

3. Enquanto o paciente faz a *breve revisão da semana*, você se pergunta:

a. "Como foi esta semana, comparada às semanas anteriores?"
b. "Quais os sinais de progresso? Que experiências positivas o paciente teve?"
c. "Que problemas surgiram nesta semana?"
d. "Aconteceu alguma coisa nesta semana (positiva ou negativa) que nós devemos colocar na pauta para discutir mais detalhadamente?"

4. Enquanto confere o *uso de álcool, drogas e medicação* (se aplicável), você se pergunta:

a. "Existe problema em alguma dessas áreas? Em caso positivo, devemos colocar na pauta para discutir mais detalhadamente?"

5. Enquanto você e o paciente *definem a pauta*, você se pergunta:

a. "Que problema é mais importante para o paciente? Qual é mais possível de ser resolvido? Qual deles provavelmente produzirá alívio dos sintomas na sessão de hoje e na próxima semana?"

6. Enquanto você e o paciente *priorizam os itens da pauta*, você se pergunta:

a. "Quanto tempo tomará cada item da pauta? Quantos itens podemos discutir?"
b. "Há algum problema que o paciente poderia resolver sozinho ou com outra pessoa, ou então trazer novamente em outra

sessão? Quanto tempo devemos reservar para cada item/ problema?"

7. Enquanto você e o paciente *examinam o exercício de casa*, você se pergunta:

a. "Como o exercício do paciente está relacionado aos itens da pauta? A discussão de algum dos exercícios pode ser postergada até chegarmos a um item específico da pauta?"
b. "Quantos exercícios o paciente fez? O que, se for o caso, atrapalhou?"
c. "O quanto o paciente concorda com cada afirmação nas anotações da terapia da semana passada? E nas notas da terapia de sessões anteriores (se ainda for relevante)? O quanto são relevantes as anotações da terapia para os problemas que estão na pauta de hoje?"
d. "O exercício de casa foi útil? Em caso negativo, por que não? Em caso positivo, o que o paciente aprendeu?"
e. "Quais exercícios de casa (se houve algum) seriam benéficos para o paciente continuar na próxima semana?"
f. "Como, se for o caso, devemos modificar o exercício prescrito nesta sessão para torná-lo mais efetivo?"

8. Enquanto você e o paciente discutem o *primeiro item da pauta*, você se faz perguntas em quatro áreas:

Definição do problema:
a. "Qual é o problema específico?"
b. "Em que situações específicas o problema surgiu? Se surgiu mais de uma vez, em que situação o paciente se sentiu mais perturbado ou se comportou com maior disfuncionalidade?"
c. "Por que o paciente acredita que tem esse problema? Por que *eu* acho que o paciente tem esse problema?"
d. "Como esse problema se encaixa na conceituação cognitiva geral do paciente? Como ele se relaciona com os objetivos gerais?"

Criação de uma estratégia
a. "O que o paciente já fez para tentar resolver o problema?"
b. "O que *eu* faria *se eu* estivesse na pele do paciente e tivesse esse problema?"
c. "Nós podemos resolver o problema completamente? Que pensamentos e crenças podem interferir na solução do problema ou na execução da solução?"

Escolha de técnicas

a. “Aonde especificamente estou tentando chegar enquanto discutimos este item da pauta?”
b. “Que técnicas funcionaram bem para este paciente (ou para pacientes similares) no passado? Que técnicas *não* funcionaram bem?”
c. “Que técnica devo experimentar primeiro?”
d. “Como vou avaliar a sua eficácia?”
e. “Emprego a técnica ou emprego a técnica *e* a ensino ao paciente?”

Monitoramento do processo

a. “Nós estamos trabalhando juntos como uma equipe?”
b. “O paciente está tendo a interferência de pensamentos automáticos sobre si mesmo, esta técnica, nossa terapia, sobre mim ou o futuro?”
c. “O humor do paciente está melhorando? O quanto esta técnica está funcionando? Devo experimentar alguma outra?”
d. “Terminaremos em tempo a discussão deste item da pauta? Em caso negativo, devemos decidir colaborativamente sobre continuar com este item e restringir ou eliminar a discussão de outro?”
e. “Que acompanhamento (p. ex., prescrição de exercícios) seria benéfico?”
f. “O que devemos registrar para que o paciente possa rever em casa?”

9. *Após a discussão do primeiro item da pauta,* você se pergunta:

a. “Como o paciente está se sentindo agora?”
b. “Eu preciso fazer alguma coisa para restabelecer o *rapport*?”
c. “Quanto tempo de sessão ainda resta? Nós temos tempo para outro item da pauta? O que devemos fazer a seguir?”

10. *Antes de encerrar a sessão*, você se pergunta:

a. “Nós fizemos progresso? O paciente está se sentindo melhor?”
b. “O paciente está comprometido com a realização dos exercícios que combinamos?”
c. “Eu preciso investigar um *feedback* negativo? Se houve *feedback* negativo, como devo abordá-lo?”

11. *Depois da sessão*, você se pergunta:

a. “Como devo aprimorar a minha conceituação?”
b. “Do que quero me lembrar para abordar na próxima sessão?

E em sessões futuras?”
c. “Eu preciso prestar atenção na nossa relação?”
d. “Como me classificaria em cada item da Escala de Avaliação da Terapia Cognitiva [Apêndice C]? Se eu pudesse realizar a sessão de novo, o que faria de forma diferente?”

DECIDINDO EM QUE PROBLEMA FOCAR

Uma decisão essencial em cada sessão reside em qual problema (ou problemas) escolher. Embora colabore com o paciente na tomada dessa decisão, você guiará a terapia para a discussão de problemas que são penosos ou constantes (ou recorrentes) e na direção do que você julgar que ele será capaz de ter progresso durante a sessão. Você tende a limitar a discussão de problemas que:

- O paciente possa resolver sozinho.
- Sejam incidentes isolados e improváveis de voltar a acontecer.
- Não sejam particularmente penosos.

Depois de identificar e detalhar um problema, você faz diversas coisas para ajudá-lo a decidir quanto tempo e esforço despender no problema. Você:

1. Reúne mais dados sobre o problema.
2. Revê suas opções.
3. Reflete sobre considerações práticas.
4. Usa o estágio da terapia como um guia.
5. Muda o foco quando necessário.

Esses cinco passos são descritos a seguir.

Reunir Mais Dados Sobre um Problema

Quando o paciente traz um problema pela primeira vez ou quando a existência de um problema se torna aparente no meio de uma sessão, você avalia a sua natureza para determinar se vale a pena intervir. Sally, por exemplo, colocou um novo problema na pauta: o negócio do pai dela está entrando em falência, e ela se sente triste. Eu lhe peço que avalie o quanto será útil dedicar uma parte significativa do tempo da terapia a esse problema.

TERAPEUTA: Ok, você disse que queria trazer alguma coisa a respeito do seu pai e seu negócio?

PACIENTE: É. O negócio foi muito sólido por algum tempo, mas agora

parece que pode ir à falência.

TERAPEUTA: [reunindo mais informações] Se ele falir, como isso a afetará?

PACIENTE: Ah, nada diretamente. Eu só me sinto mal por causa dele. Quer dizer, ele ainda vai ter dinheiro suficiente, mas... ele trabalhou muito para conseguir isso.

TERAPEUTA: [tentando descobrir se existe alguma distorção no pensamento de Sally] O que você acha que vai acontecer se ele falir?

PACIENTE: Bem, ele já começou a procurar um novo negócio. Ele não é o tipo de pessoa que simplesmente se atira na cama e tira uma folga.

TERAPEUTA: [ainda avaliando se Sally está pensando disfuncionalmente] Qual é a pior parte disso tudo para você?

PACIENTE: Apenas que ele provavelmente vai se sentir mal.

TERAPEUTA: Como é que *você* se sente quando pensa que ele vai se sentir mal?

PACIENTE: Mal... triste.

TERAPEUTA: Quão triste?

PACIENTE: Uma quantidade média, eu acho.

TERAPEUTA: [testando se Sally consegue ter uma visão de longo prazo] Você tem a percepção de que embora ele possa se sentir mal no início, não vai ficar dessa forma indefinidamente? Que provavelmente ele vai se engajar em outro negócio e sentir-se melhor?

PACIENTE: É, acho que é isso o que provavelmente vai acontecer.

TERAPEUTA: Você acha que está sentindo uma tristeza "normal" a respeito disso? Ou acha que isso a está afetando *demais*?

PACIENTE: Acho que estou tendo uma reação normal.

TERAPEUTA: [tendo avaliado que não é necessário um trabalho mais aprofundado nesse problema] Mais alguma coisa sobre isso?

PACIENTE: Não, acho que não.

TERAPEUTA: Ok. Lamento que isso tenha acontecido com seu pai. Mantenha-me informada sobre o que acontecer.

PACIENTE: Farei isso.

TERAPEUTA: Podemos nos voltar para o próximo item da nossa pauta?

Em outra situação, você determina que um problema *realmente* requer intervenção.

TERAPEUTA: Você queria conversar sobre os preparativos de moradia para o ano que vem?

PACIENTE: Sim. Eu estou muito preocupada. A minha colega de quarto e eu decidimos morar juntas de novo. Ela quer morar fora do *campus*. Então nós temos que procurar um apartamento em West Philly ou Center City, mas ela está indo para casa passar as férias de primavera, então está dependendo de eu encontrar um lugar.

TERAPEUTA: Quando você se sentiu mais preocupada em relação a isso?

PACIENTE: Ontem, quando concordei em começar a procurar um lugar enquanto ela estiver fora... Na verdade, foi ontem à noite que me dei conta de que não sabia o que fazer.

TERAPEUTA: Como você estava se sentindo?

PACIENTE: Aflita... ansiosa.

TERAPEUTA: Enquanto pensava sobre isso ontem à noite, o que estava passando pela sua cabeça?

PACIENTE: O que é que eu vou fazer? Eu não sei nem mesmo por onde começar.

TERAPEUTA: [procurando ter uma visão mais ampla; identificando se havia outro pensamento automático importante] O que mais estava passando pela sua cabeça?

PACIENTE: Eu estava me sentindo esgotada. Eu não sabia o que fazer primeiro, se deveria ir até uma imobiliária, ou se deveria procurar na internet.

TERAPEUTA: [investigando pensamentos adicionais] Você estava tendo algum pensamento sobre a sua colega de quarto?

PACIENTE: Não, na verdade não. Ela disse que ajudaria quando voltasse. Disse que até lá eu não precisava começar a procurar.

TERAPEUTA: Você estava fazendo alguma previsão?

PACIENTE: Eu não sei.

TERAPEUTA: [dando um exemplo oposto] Bem, você estava pensando que encontraria facilmente um ótimo lugar com um aluguel barato?

PACIENTE: Não... eu estava pensando: “E se eu encontrar um lugar e depois descobrir que ele está infestado de baratas, ou que não é seguro, é muito barulhento ou está em mau estado?”.

TERAPEUTA: Você tinha uma imagem assim na sua mente?

PACIENTE: Sim. Escuro, malcheiroso, sujo. (*Estremece*)

Revisar as Opções

Agora que tenho uma visão mais ampla, examino mentalmente as minhas opções. Eu poderia fazer uma ou mais das seguintes coisas:

1. Engajar Sally na solução de problemas simples, ajudando-a a decidir quais passos parecem ser mais razoáveis e plausíveis.
2. Ensinar a Sally habilidades para solução de problemas, usando esse problema como exemplo.
3. Usar essa situação como uma oportunidade para reforçar o modelo cognitivo.
4. Usar essa situação como uma oportunidade para ajudar Sally a conceituar a sua maior dificuldade, que é *pressupor* que é incompetente em uma nova situação e sentir-se sobrecarregada em vez de testar essa crença.
5. Fazer Sally identificar o pensamento mais angustiante e ajudá-la a avaliá-lo.
6. Ensinar Sally a fazer um Registro de Pensamentos usando essa situação.
7. Usar a imagem que ela descreveu como uma oportunidade de ensinar técnicas de imaginário.
8. Tomar uma decisão colaborativa com Sally para avançar para o próximo item da pauta (talvez para um problema ainda mais urgente) e voltar a esse problema mais tarde na mesma sessão ou em uma sessão futura.

Refletir Sobre Considerações Práticas

Como você decide o caminho a seguir? Eu levei em conta inúmeros fatores, incluindo:

1. O que provavelmente trará um alívio substancial para Sally?
2. O que temos tempo de fazer? O que *mais* precisamos fazer na sessão?
3. Esse problema oferece oportunidade de ensinar ou examinar com Sally que habilidades importantes?
4. O que, se for o caso, Sally poderia fazer sozinha (i. e., como exercício de casa) para aliviar seu sofrimento? Se ela, por exemplo, puder fazer um Registro de Pensamentos sobre isso em casa, podemos usar o tempo da sessão em outras coisas que irão acelerar seu progresso.

Usar o Estágio da Terapia como Guia

Você geralmente é guiado pelo estágio em que está o paciente na terapia. Com pacientes deprimidos, por exemplo, você pode evitar abordar um problema complexo (mas não urgente) nas primeiras sessões, se for pouco provável obter muito progresso na sua solução. Focar em um problema mais fácil que seja solúvel, ou parcialmente solúvel, gera esperança ao paciente e deixa-o mais motivado para trabalhar na terapia.

Mudar o Foco em uma Sessão

Às vezes, você não consegue avaliar facilmente a dificuldade de um problema ou a probabilidade de que uma discussão específica ative uma crença nuclear dolorosa. Nesses casos, você pode *inicialmente* focar em um problema, mas mudar para outro tópico quando perceber que as suas intervenções não estão tendo sucesso e/ou o paciente está experimentando maior angústia (indesejada). A seguir, apresento a transcrição de uma sessão inicial.

TERAPEUTA: Ok, vamos continuar com a pauta. Você disse que gostaria de conhecer mais pessoas. (*Discutimos esse objetivo mais especificamente*) Então, como você poderia conhecer novas pessoas nesta semana?

PACIENTE: (*com voz humilde*) Eu poderia falar com as pessoas do trabalho.

TERAPEUTA: (*notando que, de repente, a paciente parece abatida*) O que está passando pela sua cabeça agora?

PACIENTE: Sinto um desânimo! Eu nunca vou conseguir fazer isso. Já tentei antes. (*Parece brava*) Todos os meus outros terapeutas já tentaram isso também. Mas estou lhe dizendo, eu simplesmente não consigo fazer isso! Não vai dar certo!

A partir da mudança repentina no afeto negativo da paciente, levantei a hipótese de que uma crença nuclear tinha sido ativada. Reconheço que continuar na mesma linha, a essa altura, provavelmente seria contraprodutivo. Em vez de redirecionar o foco para o problema, decido reparar a aliança terapêutica, investigando os pensamentos automáticos de raiva da paciente ("Quando perguntei como você poderia conhecer mais pessoas nesta semana, o que passou pela sua cabeça?") e depois a ajudando a avaliar esses pensamentos. Posteriormente, dou a ela a opção de retornar a esse item da pauta:

TERAPEUTA: Fico contente em saber que você entende que eu não tinha a intenção de obrigá-la a fazer coisas para as quais não está pronta. Agora, você gostaria de voltar ao tópico de conhecer novas pessoas, ou devemos voltar a isso em outro momento [em outra sessão] e passar para o problema que você teve nesta semana com sua amiga Elise?

Em resumo, no início do tratamento, você pode tender a guiar a discussão para *longe* de problemas que você dificilmente terá sucesso em resolver ou que resolverá apenas de forma parcial (se o paciente concordar em adiar a discussão sobre esses problemas). Em qualquer ponto do tratamento, você pode evitar focar em problemas que o paciente pode resolver sozinho, em que ele não quer trabalhar ou que não sejam particularmente angustiantes para ele.

MODIFICANDO O TRATAMENTO PADRÃO PARA TRANSTORNOS ESPECÍFICOS

É essencial que você tenha um entendimento sólido dos sintomas atuais e do funcionamento do paciente, dos problemas presentes, eventos precipitantes, da história e do diagnóstico antes de começar a terapia. Você vai precisar consultar obras especializadas para um paciente cujo transtorno principal não é uma depressão unipolar simples, para que possa conhecer as principais cognições e estratégias comportamentais para os vários transtornos psiquiátricos.

Em resumo, o planejamento efetivo de um tratamento requer um diagnóstico sólido, uma consistente formulação do caso em termos cognitivos e o exame das características e dos problemas do paciente. O tratamento é adaptado ao indivíduo; você desenvolve uma estratégia geral, além de um plano específico para cada sessão, considerando o seguinte:

1. Diagnóstico(s) do paciente.
2. Conceituação das suas dificuldades (cuja adequação você confere com o paciente).
3. Os objetivos dele para a terapia.
4. Suas preocupações mais urgentes.
5. Os seus objetivos para a terapia.
6. O estágio do tratamento.
7. Características de aprendizagem do paciente, seu estágio na vida, nível desenvolvimental e intelectual, gênero e contexto cultural.
8. Nível de motivação do paciente.
9. A natureza e a força da aliança terapêutica.

Você desenvolve e modifica continuamente o plano geral do tratamento ao longo das sessões e um plano mais específico antes e dentro de cada sessão.

Capítulo 20

PROBLEMAS NA TERAPIA

Problemas de um tipo ou outro surgem com quase todos os pacientes na terapia cognitivo-comportamental. Mesmo terapeutas experientes muitas vezes encontram dificuldades em estabelecer uma aliança terapêutica, conceituar corretamente as dificuldades de um paciente ou trabalhar de forma coerente em direção aos objetivos conjuntos. Um objetivo razoável não é evitar completamente os problemas, mas, antes disso, aprender a descobrir e a detalhá-los, conceituar como eles surgiram e planejar como remediá-los.

É conveniente encarar os problemas ou pontos emperrados na terapia como oportunidades que você tem de aprimorar a sua conceituação do paciente. Além disso, os problemas na terapia geralmente proporcionam *insight* dos problemas que o paciente experimenta fora do consultório. Por fim, dificuldades com um paciente proporcionam uma oportunidade de aprimorar suas próprias habilidades, promover sua flexibilidade e criatividade e obter novos entendimentos e domínio para ajudar outros pacientes, pois os problemas podem surgir não só por causa das características do paciente, mas também devido às fragilidades relativas do terapeuta. Este capítulo descreve como detectar a existência de problemas e como conceituá-los e remediá-los nos pontos emperrados da terapia.

DETECTANDO A EXISTÊNCIA DE UM PROBLEMA

Você pode detectar um problema de várias maneiras:

1. Ouvindo um *feedback* não solicitado do paciente.
2. Solicitando diretamente o *feedback* do paciente, tenha ele ou não apresentado sinais verbais ou não verbais de um problema.
3. Revisando os registros das sessões sozinho ou com um colega ou supervisor e avaliando uma sessão gravada utilizando a Escala de Avaliação da Terapia Cognitiva (Apêndice C).
4. Acompanhando o progresso de acordo com escalas objetivas e o relato subjetivo do paciente quanto ao alívio dos sintomas.

Obviamente, existe um problema quando o paciente lhe dá um *feedback* negativo (p. ex., "Eu acho que você não entende o que estou dizendo" ou "Eu entendo *intelectualmente* o que você está dizendo, mas não no meu íntimo"). Muitos pacientes, no entanto, aludem *indiretamente* a um problema (p. ex., "Eu entendo o que você está dizendo, mas não sei se conseguiria fazer isso de outra maneira" ou "Eu vou tentar" [deixando subentendido que ele acha que não terá sucesso em realizar a tarefa]). Nesses casos, você deve questioná-lo mais para identificar se o problema realmente existe e determinar suas dimensões.

Muitas vezes, contudo, o paciente não relata direta ou indiretamente um problema com a terapia. Você poderá descobrir problemas se aderir à estrutura padrão da sessão (que inclui solicitar o *feedback* do paciente no fim da sessão), conferindo periodicamente a profundidade do entendimento do paciente durante a sessão e evocando pensamentos automáticos dele quando notar uma mudança no afeto.

Em certa ocasião, por exemplo, percebi, a partir de indicações não verbais de Sally (um olhar distante, inquietação na cadeira), que ela não estava processando completamente o que eu dizia ou não concordava. Perguntei o que estava passando pela sua cabeça. Também tomei outras medidas durante nossa sessão para me certificar de que ela e eu compartilhávamos um entendimento. Procurei fazer resumos com frequência durante a sessão ou, então, soliciava que ela resumisse (p. ex., "Sally, há pouco estávamos falando sobre a ideia de que você não é completamente responsável pela infelicidade da sua mãe, mesmo que você tenha saído de casa... O quanto você acredita

nisso agora?").

Conferi melhor a compreensão de Sally em diferentes momentos durante a sessão (p. ex., "Está claro para você por que outro motivo a sua colega de quarto poderia estar reagindo dessa forma?... Você poderia colocar isso nas suas próprias palavras?"). Também solicitei um *feedback* no fim da sessão (p. ex., "Alguma coisa que eu tenha dito hoje a deixou aborrecida?... Alguma coisa que você achou que não entendeu?"). Como imaginei que ela hesitaria em dar *feedback* negativo, também solicitei muito especificamente um *feedback* sobre uma *parte* da sessão, durante a qual eu suspeitei que ela pudesse ter tido uma reação negativa: "E quando eu sugeri que você fosse mais assertiva com sua mãe? Isso a aborreceu?... Você acha que conseguiria me dizer se isso *realmente* tivesse aborrecido você?".

Em resumo, você deve procurar atenuar ou revelar problemas dentro da sessão, conferindo a compreensão do paciente, pedindo o seu *feedback* e abordando diretamente supostos problemas durante a própria sessão. Você também pode pedir que o paciente preencha uma avaliação escrita de uma sessão (Figura 5.2), que você poderá examinar com ele na sessão seguinte.

Se você for um terapeuta inexperiente, poderá não perceber a existência de um problema e/ou ter menos condições de detalhar um. Você deve pedir permissão para gravar as sessões e revê-las sozinho ou (preferivelmente) com um terapeuta cognitivo-comportamental mais experiente. A obtenção do consentimento do paciente não costuma ser um problema se você apresentar uma perspectiva positiva: "Eu tenho uma oportunidade fora do comum para você, a qual estou oferecendo a apenas alguns pacientes [ou que estou apenas oferecendo a você]. Sinta-se à vontade para dizer sim ou não. Ocasionalmente, gravo sessões para que possa ouvi-las mais tarde e pensar em como eu poderia ajudar mais o paciente. [Se for relevante: "Pode ser que eu a mostre a um colega [ou supervisor] para obter um *feedback*. Eu sempre acho que duas cabeças pensam melhor do que uma".] Logo depois, eu vou deletar ou apagar a gravação. (*pausa*) Tudo bem para você se começarmos a gravar sua sessão? Se isso a incomodar após alguns minutos, poderemos desligar e apagar a gravação".

Outra indicação clara de um problema é a ausência de progresso ou deterioração do funcionamento e/ou humor do paciente (identificados mediante autorrelato ou testes objetivos, como o Inventário de Depressão de Beck [veja o Apêndice B]). Você pode sugerir essa ausência de progresso como um item para a pauta e colaborar com o paciente no planejamento de uma direção mais efetiva para o tratamento.

Por fim, você deve tentar continuamente se colocar no lugar do

paciente para ver como ele encara o mundo e identificar que obstáculos poderiam inibir sua habilidade de assumir uma perspectiva mais funcional das suas dificuldades (p. ex., “Se eu fosse Sally, como me sentiria durante a terapia? O que pensaria quando a minha terapeuta dissesse _____ ou _____ ?”).

CONCEITUANDO PROBLEMAS

Depois de ter identificado a existência de um problema, esteja alerta a pensamentos automáticos que possam estar responsabilizando o paciente (p. ex., "Ele está resistente/manipulador/desmotivado"). Esses rótulos tendem a aliviar o terapeuta da percepção da sua responsabilidade de resolver a dificuldade e interferem na solução do problema. Em vez disso, você se pergunta:

> **"O que o paciente disse (ou não disse) ou fez (ou não fez) na sessão (ou entre as sessões) que é um problema?"**

Em seguida, de preferência, você consulta um supervisor que examinou a gravação da sessão. Sem dúvida, você precisará de ajuda para identificar se o problema se deve à patologia do paciente, a erros que você cometeu, a fatores do tratamento (tais como o nível dos cuidados, o formato da terapia, a frequência das sessões) e/ou a fatores externos ao tratamento (p. ex., uma doença orgânica, uma casa ou ambiente de trabalho psicologicamente tóxicos, medicação ineficaz ou efeitos colaterais nocivos, ausência de tratamentos coadjuvantes necessários; veja J. S. Beck, 2005).

Depois de identificar um problema que requer uma alteração no que está fazendo, você vai conceituar o nível em que o problema ocorreu:

1. Este é meramente um *problema técnico*? Por exemplo, você usou uma técnica inapropriada ou de maneira incorreta?
2. Trata-se de um *problema mais complexo com a sessão como um todo*? Por exemplo, você identificou corretamente uma cognição disfuncional, mas depois não conseguiu intervir com eficácia?
3. Existe algum *problema constante ao longo de várias sessões*? Por exemplo, houve interrupção na colaboração?

Em geral, os problemas ocorrem em uma ou mais das seguintes categorias:

1. Diagnóstico, conceituação e plano de tratamento.
2. Aliança terapêutica.
3. Estrutura e/ou ritmo da sessão.
4. Familiarização do paciente.
5. Manejo dos pensamentos automáticos.
6. Alcançar os objetivos terapêuticos em cada uma e ao longo das sessões.
7. Processamento, pelo paciente, do conteúdo da sessão.

As perguntas a seguir podem ajudá-lo e ao seu supervisor a detalhar a natureza de um problema terapêutico. Você poderá, então, formular, priorizar e escolher um ou mais objetivos específicos nos quais focar.

Diagnóstico, Conceituação e Plano de Tratamento

Diagnóstico

1. "Eu fiz um diagnóstico correto nos cinco eixos, de acordo com o *Manual dianóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM) mais recente?"
2. "Está indicada uma consulta sobre medicação para este paciente?"

Conceituação

1. "Eu utilizo um Diagrama de Conceituação Cognitiva [Figura 13.1] para identificar as cognições disfuncionais e os comportamentos mais centrais?"
2. "Eu aprimoro continuamente minhas conceituações à medida que obtenho novos dados e compartilho a minha conceituação com o paciente em momentos estrategicamente apropriados? A conceituação faz sentido e soa verdadeiro para o paciente?"

Plano de Tratamento

1. "Eu baseei o tratamento na formulação cognitiva do(s) transtorno(s) do paciente e na minha conceituação individual do paciente? Eu modifico o tratamento continuamente quando

necessário, com base na minha conceituação?"
2. "Eu modifiquei a terapia cognitivo-comportamental padrão, quando necessário, para o transtorno do Eixo I (e/ou Eixo II) deste paciente?"
3. "Eu me direcionei para a necessidade de uma mudança vital importante caso tenha ficado aparente que a melhora por meio da terapia seria improvável?"
4. "Eu incorporei o treinamento de habilidades quando necessário?"
5. "Eu incluí familiares no tratamento quando indicado?"

Aliança Terapêutica

Colaboração

1. "O paciente e eu estamos *colaborando* verdadeiramente? Nós estamos funcionando como uma equipe? Nós dois estamos trabalhando com empenho? Nós nos sentimos responsáveis pelo progresso?"
2. "Nós temos abordado os problemas que mais preocupam o paciente?"
3. "Eu tenho guiado o paciente para um nível adequado de concordância e controle na sessão?"
4. "Nós concordamos quanto aos objetivos do tratamento?"
5. "Eu apresentei uma justificativa para as minhas intervenções e prescrições de exercícios de casa?"

Feedback *do Paciente*

1. "Eu incentivei o paciente regularmente a fornecer um *feedback* honesto?"
2. "Eu monitorei o afeto do paciente durante a sessão e investiguei pensamentos automáticos quando observei uma alteração?"

Visão do Paciente Sobre a Terapia e o Terapeuta

1. "O paciente tem uma visão positiva da terapia e de mim?"
2. "O paciente acredita, pelo menos um pouco, que a terapia pode ajudá-lo?"
3. "O paciente me vê como uma pessoa competente, colaborativa e

atenciosa?”

Reações do Terapeuta

1. “Eu me preocupo com este paciente? A minha preocupação fica evidente?”
2. “Eu me sinto competente para ajudar este paciente? O meu senso de competência fica evidente?”
3. “Eu tenho pensamentos negativos sobre este paciente ou sobre mim com respeito a este paciente? Eu avaliei e respondi a esses pensamentos?”
4. “Eu encaro os problemas na aliança terapêutica como uma oportunidade de crescimento, em vez de atribuir culpas?”
5. “Eu projeto um progresso realista e uma visão otimista de como a terapia pode ajudar?”

Estruturar e Dar o Ritmo da Sessão

Pauta

1. “Nós conseguimos estabelecer rapidamente uma pauta completa e específica no início da sessão?”
2. “Nós priorizamos os tópicos da pauta e decidimos, de modo geral, como dividir nosso tempo?”
3. “Nós determinamos colaborativamente qual o tópico a ser discutido primeiro?”

Ritmo

1. “Nós destinamos e usamos uma quantidade apropriada de tempo para elementos padrões da sessão: verificação do humor, breve exame da semana, definição da pauta, revisão dos exercícios de casa, discussão dos tópicos da pauta, estabelecimento de novos exercícios de casa, resumos periódicos, *feedback*?”
2. “Nós decidimos colaborativamente o que fazer se for necessário mais tempo para um problema do que havíamos destinado inicialmente ou se surgem tópicos importantes que não faziam parte da pauta original?”
3. “Eu interrompo o paciente adequada e gentilmente quando necessário, ou nós gastamos tempo demais em uma fala improdutiva?”

4. “Nós deixamos tempo suficiente no fim da sessão para nos assegurarmos de que o paciente irá se lembrar dos pontos mais importantes e de que ele entendeu e concordou com as novas prescrições de exercícios? Asseguramo-nos de que as crenças nucleares do paciente foram desativadas, para que ele saísse da sessão se sentindo estável emocionalmente?”

Familiarizar o Paciente com a Terapia Cognitivo-comportamental

Definição dos Objetivos

1. “O paciente estabeleceu objetivos concretos razoáveis? Ele tem em mente esses objetivos ao longo da semana? Está comprometido com o trabalho em direção a esses objetivos? Esses objetivos estão sob o controle do paciente? O paciente está tentando mudar mais alguém?”
2. “Eu reviso periodicamente a evolução dos objetivos do paciente?”
3. “Eu ajudo o paciente a ter sempre em mente por que vale a pena trabalhar na terapia (i. e., atingir seus objetivos)?”

Expectativas

1. “Quais são as expectativas do paciente quanto a si mesmo e a mim?”
2. “O paciente acredita que todos os problemas podem ser resolvidos rápida e facilmente? Ou que eu é que devo resolver os problemas dele? O paciente compreende a importância de ter um papel ativo e colaborador?”
3. “O paciente entende a necessidade de aprender determinadas ferramentas e habilidades e de usá-las regularmente entre as sessões?”

Orientação para a Solução de Problemas

1. “O paciente especifica os problemas nos quais trabalhar?”
2. “O paciente colabora comigo para resolver os problemas em vez de apenas mencioná-los?”
3. “O paciente teme resolver os problemas atuais porque então terá

que se defrontar com outros (tais como uma decisão sobre um relacionamento ou trabalho)?"

Modelo Cognitivo

1. "O paciente compreende que os pensamentos automáticos influenciam suas emoções e comportamento (e às vezes a fisiologia), que alguns dos seus pensamentos são distorcidos e que ele pode se sentir melhor e se comportar de forma mais adaptativa se avaliar e responder aos seus pensamentos?"

Exercícios de Casa

1. "Nós prescrevemos exercícios de casa em torno das questões principais do paciente?"
2. "O paciente compreende como o exercício de casa está relacionado ao trabalho da sessão e aos seus objetivos gerais?"
3. "O paciente pensa sobre o nosso trabalho terapêutico durante a semana e faz os exercícios de casa integralmente?

Lidar com os Pensamentos Automáticos

Identificando e Selecionando os Principais Pensamentos Automáticos

1. "Nós identificamos as verdadeiras palavras e/ou imagens que passam pela cabeça do paciente quando ele está angustiado?"
2. "Nós identificamos a abrangência dos pensamentos automáticos relevantes?"
3. "Nós escolhemos os pensamentos principais para avaliar (i. e., os pensamentos mais associados a angústia ou disfunção)?"

Respondendo aos Pensamentos Automáticos e às Crenças

1. "Nós não somente identificamos os pensamentos principais, como também avaliamos e respondemos a eles?"
2. "Eu evito pressupor, *a priori,* que as cognições do paciente são distorcidas? Eu utilizo a descoberta guiada e evito a persuasão e discussão?"

3. “Se uma linha de questionamento é ineficaz, eu experimento outras formas?”
4. “Após formular colaborativamente uma resposta alternativa, eu confiro o quanto o paciente acredita nela? O seu sofrimento emocional diminui?”
5. “Quando necessário, nós experimentamos outras técnicas para reduzir a angústia do paciente? Quando necessário, nós marcamos cognições relevantes para trabalhar no futuro?”

Maximizando a Mudança Cognitiva

1. “Nós anotamos as novas compreensões mais funcionais do paciente?”

Alcançar os Objetivos Terapêuticos em Cada Sessão e ao Longo de Todas as Sessões

Identificando os Objetivos Gerais e de Cada Sessão

1. “Eu expressei de forma adequada para o paciente que o objetivo do tratamento é não somente fazê-lo ficar melhor, mas também ensinar habilidades para toda a vida para que ele possa continuar melhor?”
2. “Eu ajudo o paciente a identificar um ou mais problemas importantes para discutir em cada sessão?”
3. “Nós dedicamos tempo à solução de problemas *e* à reestruturação cognitiva?”
4. “Nós trabalhamos na mudança comportamental *e* na mudança cognitiva para o exercício de casa?”

Mantendo um Foco Consistente

1. “Eu uso a descoberta guiada para ajudar o paciente a identificar crenças relevantes?”
2. “Eu consigo especificar quais crenças do paciente são mais centrais e quais são mais restritas ou mais periféricas?”
3. “Eu exploro constantemente a relação entre os novos problemas e as crenças nucleares do paciente? Nós estamos fazendo um trabalho consistente e sustentado nas crenças nucleares do paciente em cada sessão, em vez de somente intervenção de crise?”

4. “Se nós discutimos eventos da infância, houve uma justificativa clara para que precisássemos fazer isso? Eu ajudei o paciente a ver como suas crenças primitivas se relacionam com seus problemas atuais e como tal *insight* pode ajudá-lo na semana vindoura?”

Intervenções

1. “Eu escolho intervenções baseadas nos meus objetivos para a sessão e na pauta do paciente?”
2. “Eu consigo definir claramente para mim a crença disfuncional do paciente e uma crença mais funcional na direção da qual o estou guiando?
3. “Eu confiro o quanto o paciente se sentiu angustiado e/ou quão vigorosamente ele endossou um pensamento automático ou crença antes e depois da intervenção, para que eu possa julgar se a intervenção teve sucesso?”
4. “Se uma intervenção tiver apenas um sucesso relativo, eu mudo de foco e experimento outra abordagem?”

Processamento pelo Paciente do Conteúdo da Sessão

Monitorando a Compreensão do Paciente

1. “Eu fiz resumos (ou solicitei que o paciente resumisse) com frequência durante a sessão?”
2. “Eu pedi que o paciente expressasse suas conclusões nas próprias palavras?”
3. “Eu fiquei alerta aos sinais não verbais de confusão ou discordância?”

Conceituando Problemas com a Compreensão

1. “Eu conferi as minhas hipóteses com o paciente?”
2. “Se um paciente tem dificuldade para entender o que estou tentando expressar, isso se deve a algum erro que eu cometi? A não ter sido muito concreto? Ao meu vocabulário? À quantidade de material que estou tentando apresentar em um determinado momento ou em uma sessão?”
3. “A dificuldade em entender deve-se ao nível de sofrimento emocional do paciente na sessão? À distração? Aos pensamentos

automáticos que o paciente está tendo no momento?”

Maximizando a Consolidação do Aprendizado

1. “O que eu fiz para garantir que o paciente vá se lembrar de partes importantes da sessão durante a semana e mesmo depois que a terapia tiver terminado?”
2. “Eu motivei o paciente a ler diariamente suas anotações da terapia?”

PONTOS EMPERRADOS

Às vezes, os pacientes podem se sentir melhor durante as sessões individuais, mas não conseguem evoluir por várias sessões. O terapeuta experiente, em vez de prosseguir com as perguntas anteriores, poderá primeiro incluir ou excluir cinco áreas-problema principais. Após determinar que você tem um diagnóstico correto, a conceituação e o plano de tratamento adaptado ao transtorno do paciente (e que empregou corretamente as técnicas), você avalia o seguinte, sozinho ou com um supervisor:

1. O paciente e eu temos uma *aliança terapêutica* sólida?
2. Nós dois temos uma ideia clara dos *objetivos do paciente* para a terapia? Ele está comprometido com o trabalho para atingir seus objetivos?
3. O paciente acredita verdadeiramente no *modelo cognitivo* – que seu pensamento influencia seu humor e comportamento, que seu pensamento por vezes é disfuncional e que avaliar e responder ao pensamento disfuncional afeta positivamente a forma como ele se sente emocionalmente e como se comporta?
4. O paciente está *familiarizado* com a terapia cognitivo-comportamental – ele contribui para a pauta, trabalha colaborativamente para a solução dos problemas, faz os exercícios de casa, fornece *feedback*?
5. Os aspectos *orgânicos* do paciente (p. ex., doença, efeitos colaterais da medicação ou nível de medicação inadequado) ou o seu *ambiente externo* (p. ex., um parceiro agressivo, um trabalho extremamente exigente ou um nível intolerável de pobreza ou crime no seu ambiente) estão interferindo no nosso trabalho?

REMEDIANDO PROBLEMAS NA TERAPIA

Dependendo do problema identificado, você pode considerar a conveniência de um ou mais dos seguintes itens:

1. Fazer uma avaliação diagnóstica em maior profundidade.
2. Encaminhar o paciente para um exame clínico ou neuropsicológico.
3. Aprimorar sua conceituação do paciente e conferir com ele.
4. Ler mais sobre o tratamento do(s) transtorno(s) do Eixo I do paciente (e Eixo II).
5. Solicitar o *feedback* específico do paciente sobre sua experiência com a terapia e com você.
6. Restabelecer os objetivos do paciente para a terapia (e possivelmente examinar as vantagens e desvantagens de trabalhar por eles e atingi-los).
7. Identificar e responder aos seus próprios pensamentos automáticos sobre o paciente ou sobre sua habilidade como terapeuta.
8. Rever o modelo cognitivo com o paciente e detectar dúvidas ou mal-entendidos que possam existir.
9. Rever o plano de tratamento com o paciente (e detectar suas preocupações ou dúvidas a respeito).
10. Rever as responsabilidades do paciente (e detectar suas reações).
11. Enfatizar a prescrição e a revisão dos exercícios durante a sessão e a realização dos exercícios durante a semana.
12. Trabalhar com consistência nos pensamentos automáticos *fundamentais*, crenças e comportamentos em cada sessão.
13. Conferir a compreensão que o paciente tem do conteúdo da sessão e fazê-lo registrar os pontos mais importantes.
14. Com base nas necessidades e preferências do paciente, mudar (para uma direção ou outra) o ritmo ou a estrutura da sessão, a quantidade ou dificuldade do material abordado, o grau de empatia que você tem expressado, o grau em que você tem sido didático ou persuasivo e/ou o foco relativo na solução do problema.

Você deve monitorar seus próprios pensamentos e humor quando procurar conceituar e remediar problemas na terapia porque a sua cognição pode, às vezes, interferir na solução do problema. É provável que todos os terapeutas, pelo menos ocasionalmente, tenham pensamentos negativos sobre os pacientes, a terapia e/ou eles mesmos

como terapeutas. Os pressupostos típicos dos terapeutas que interferem na realização de mudanças no formato da terapia incluem:

> "Se eu interromper o paciente, ele vai achar que o estou controlando."
> "Se eu estruturar a sessão com uma pauta, vou perder alguma coisa importante."
> "Se eu gravar uma sessão, vou ficar constrangido."
> "Se o meu paciente ficar aborrecido comigo, vai abandonar a terapia."

Por fim, quando encontrar um problema no tratamento, você tem opção. Você pode catastrofizar sobre ele e/ou acusar a si ou ao paciente, ou então, pode transformar o problema em uma oportunidade de aprimorar suas habilidades de conceituação e planejamento de tratamento e melhorar a sua competência técnica e sua habilidade para modificar a terapia de acordo com as necessidades específicas de cada paciente.

Capítulo 21

EVOLUINDO COMO TERAPEUTA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Este capítulo descreve resumidamente os passos para dar início à prática da terapia cognitivo-comportamental. Você deve adquirir experiência com as técnicas básicas da terapia cognitivo-comportamental, praticando-as você mesmo antes de aplicá-las nos pacientes. (Veja o Apêndice B para mais informações sobre a obtenção de planilhas de trabalho, escalas e folhetos.) Você mesmo experimentar a técnica permite corrigir dificuldades na aplicação; além disso, colocar-se no papel do paciente proporciona a oportunidade de identificar os obstáculos (práticos ou psicológicos) que interferem na execução dos exercícios. Se você deseja se tornar proficiente em terapia cognitivo-comportamental, deverá, no mínimo, fazer o seguinte (se é que já não fez):

1. Monitore seu humor e identifique seus pensamentos automáticos quando vivenciar disforia ou ansiedade, quando se envolver em comportamento desadaptativo e/ou se esquivar de se engajar em comportamento adaptativo.
2. Anote seus pensamentos automáticos. Se você pular este passo, estará se privando da oportunidade de descobrir obstáculos potenciais que seus pacientes poderão ter ao anotarem os pensamentos *deles*: falta de oportunidade, motivação, tempo, energia e esperança. Quando empregar, na sessão, uma técnica como a prescrição de um exercício, poderá, então, fazer uma rápida comparação entre você e o paciente. Você pensa: "*Eu* teria dificuldade em executar este exercício? Do que eu precisaria para ficar motivado? O que *me* atrapalharia de fazer

isso? Eu preciso apresentar isso de forma mais gradual?". Em outras palavras, o seu progresso como terapeuta cognitivo-comportamental será facilitado se você trouxer para o tratamento um entendimento de si mesmo e da natureza humana em geral.

3. Identifique os pensamentos automáticos que interferem na execução do passo anterior. Pensamentos como "Eu não preciso anotar meus pensamentos automáticos" ou "Eu conheço isso. Eu consigo me sair bem fazendo isso de cabeça" provavelmente vão impedir o seu progresso. Uma boa resposta adaptativa reconheceria a verdade parcial desses pensamentos, mas enfatizaria as vantagens de agir de outra forma: "É verdade que eu provavelmente consigo me sair bem sem usar as ferramentas da terapia cognitivo-comportamental comigo mesmo. Mas também é verdade que é provável eu aprender consideravelmente *mais* se eu fizer como deve ser feito e anotar as coisas. Eu vou entender melhor por que os meus pacientes têm dificuldade se primeiro passar pelo mesmo processo para ver como é e localizar possíveis pontos problemáticos. Qual é o problema, afinal? Só vai me tomar alguns minutos".

4. Depois que você se tornou hábil na identificação dos seus pensamentos automáticos e emoções, comece a fazer um Registro de Pensamentos (RP) por dia quando notar alterações no seu humor. Entretanto, se os seus pensamentos não forem distorcidos, ou se você tender, de forma mental, a responder adaptativamente aos seus pensamentos, fazer um RP poderá não levar a mudanças no seu humor. (Lembre-se de que os terapeutas cognitivo-comportamentais não tentam *eliminar* a emoção negativa; eles tentam reduzir graus *disfuncionais* de emoção.) Contudo, mesmo que você não se beneficie ao fazer RPs, isso vai aprimorar sua habilidade para ensinar o paciente a fazê-los.

5. Preencha a metade inferior do Diagrama de Conceituação Cognitiva usando três situações típicas em que você se sentiu disfórico ou agiu de forma desadaptativa. Se tiver dificuldade em detalhar a situação, identificar seus pensamentos ou emoções ou em descobrir o significado dos seus pensamentos, releia os respectivos capítulos deste livro.

6. Continue a preencher a metade superior do Diagrama de Conceituação Cognitiva. Quando se sentir angustiado, veja se existe subjacente um tema na categoria de desamparo, de não ser amado ou desvalia. Depois de ter identificado uma crença nuclear, preencha os outros quadros.

7. A seguir, usando uma crença nuclear identificada nos exercícios anteriores, preencha a Planilha das Crenças Nucleares (Figura 14.3). Examine sua interpretação das situações para determinar se você está distorcendo evidências que apoiem uma crença nuclear negativa e/ou

se você está ignorando ou desconsiderando evidências contrárias a essa crença nuclear. Observe: esse exercício poderá não afetar seu sistema de crenças se você tiver, para contrabalançar, crenças positivas que são continuamente ativadas, mas preencher a folha vai, pelo menos, deixá-lo mais familiarizado com ela, e você provavelmente irá usá-la de forma mais efetiva com os pacientes.

8. Experimente outras técnicas básicas: programar atividades, fazer listas de méritos, responder ao imaginário espontâneo, agir "como se", escrever e ler cartões de enfrentamento, fazer autocomparações funcionais e anotar as vantagens e desvantagens quando tomar uma decisão.

9. Após usar algumas das ferramentas fundamentais conceituais e de tratamento, escolha um paciente que não seja complicado para sua primeira experiência em terapia cognitivo-comportamental. Se você escolher um paciente difícil, o tratamento padrão conforme descrito neste livro poderá ser inadequado. O paciente ideal para uma primeira experiência em terapia cognitivo-comportamental é aquele que tem uma depressão unipolar simples ou transtorno de ajustamento, sem diagnóstico no Eixo II. É preferível começar com um paciente novo, em vez de alguém que você já tratou por um tempo usando uma orientação terapêutica diferente. Também é aconselhável tratar esse paciente de acordo com as diretrizes apresentadas neste livro, na sua forma mais pura possível. Um alerta: os terapeutas com experiência em uma modalidade diferente com frequência são tentados a recorrer a habilidades adquiridas previamente que atrapalham o tratamento com terapia cognitivo-comportamental. No entanto, se for mais prático, você poderá começar usando técnicas de terapia cognitivo-comportamental com um paciente que já esteja em tratamento com você. Não deixe de explicar o que você gostaria de fazer, apresente uma justificativa e busque a concordância do paciente.

10. Obtenha consentimento escrito para a gravação das sessões terapêuticas. O exame das gravações com um colega ou supervisor é essencial para o progresso. Uma ferramenta indispensável para a avaliação das suas gravações é a Escala de Avaliação da Terapia Cognitiva (Apêndice C). Ela é amplamente utilizada por supervisores de terapia cognitivo-comportamental para ajudar os terapeutas em formação a avaliar seu trabalho e plano para melhorias e por pesquisadores para classificar a competência do terapeuta.

11. Continue, durante esse processo, a ler mais a respeito da terapia cognitivo-comportamental. Também não deixe de ler folhetos, artigos ou livros direcionados aos pacientes para que você possa lhes sugerir uma biblioterapia adequada.

12. Consulte Wright, Basco e Thase (2006) para orientações adicionais sobre tornar-se um terapeuta cognitivo-comportamental

competente.

13. Assista a sessões reais de terapia cognitivo-comportamental conduzidas por profissionais experientes (veja o Apêndice B).

14. Busque oportunidades de treinamento e supervisão, de abrangência local ou por meio do Instituto Beck de Terapia Cognitivo-Comportamental (veja o Apêndice B).

15. Por fim, considere sua participação em conferências da Academia de Terapia Cognitiva, a "casa" oficial dos terapeutas cognitivo-comportamentais; profissionais e estudantes podem se associar como membros regulares ou candidatar-se a tornarem-se terapeutas cognitivos certificados. Participe também de conferências locais, nacionais e internacionais realizadas por outras associações de terapia cognitivo-comportamental (veja o Apêndice B).

Apêndice A

RELATO COGNITIVO DE CASO

O formato do seguinte relato de caso é usado com permissão da Academia de Terapia Cognitiva. As instruções para este relato de caso e informações sobre pontuações estão disponíveis (em inglês) no *site* www.academyofct.org.

I. HISTÓRICO DO CASO

A. Dados de identificação: Sally é uma estudante universitária, branca, de 18 anos, vivendo em um dormitório da universidade com uma colega de quarto.

B. Queixa principal: Sally procurou tratamento por depressão e ansiedade.

C. História da doença atual: Vários meses após começar o ano como caloura na universidade, Sally desenvolveu sintomas de depressão e ansiedade. Na avaliação, seus sintomas incluíam o seguinte:

- *Sintomas emocionais:* tristeza, ansiedade, culpa, perda do prazer e do interesse, desânimo, solidão.
- *Sintomas cognitivos:* pessimismo, dificuldade de concentração e para tomar decisões, catastrofização leve, autocrítica.
- *Sintomas comportamentais:* afastamento social, esquiva de situações percebidas como desafiadoras (falar com o professor, com a colega de quarto, persistir no trabalho acadêmico).

• *Sintomas fisiológicos:* perda da energia, fadiga, diminuição da libido, choro, inquietude, incapacidade de relaxar, diminuição do apetite, distúrbio do sono.

Sally enfrentava os estressores comuns aos calouros universitários: especialmente por estar longe de casa pela primeira vez e deparar-se com desafios acadêmicos. Ela se adaptou bem socialmente, mas depois se tornou sintomática e começou a se isolar.

D. História psiquiátrica: Sally não tem história psiquiátrica prévia.

E. História pessoal e social: Sally é a mais moça de dois filhos de uma família estruturada. Seu irmão é 5 anos mais velho do que ela e tem melhor desempenho acadêmico. Sua mãe sempre foi altamente crítica com Sally. Seu pai era mais apoiador, mas passava muito tempo longe de casa devido a exigências do seu trabalho. Seus pais discutiam com uma frequência considerável, mas Sally não acha que isso a tenha afetado muito. Ao crescer, ela temia os professores ásperos e ficava ansiosa com suas notas. Criticava-se muito por não conseguir se equiparar ao irmão, embora seu relacionamento com ele fosse bom. Sally sempre teve muitos amigos próximos e teve namorados durante o ensino médio. Ela manteve um bom desempenho escolar.

F. História médica: Sally não teve nenhum problema médico que tenha influenciado seu funcionamento psicológico ou o processo de tratamento.

G. Verificação do estado mental: Sally estava orientada e com humor depressivo.

H. Diagnósticos do DSM-IV-TR:

• Eixo I: Episódio Depressivo Maior, Episódio Único, Moderado 296.22
• Eixo II: Nenhum
• Eixo III: Nenhum
• Eixo IV: Gravidade dos estressores psicossociais: leve (sair de casa pela primeira vez)
• Eixo V: AGF atual – 60. Melhor no Ano Passado – 85.

II. FORMULAÇÃO DO CASO

A. Precipitantes: O transtorno depressivo de Sally foi

precipitado pela saída de casa para a universidade e por ter tido algumas dificuldades iniciais nas disciplinas acadêmicas. A ansiedade provavelmente interferiu na eficiência do estudo; Sally, então, tornou-se autocrítica e disfórica. À medida que foi se afastando das atividades e dos amigos, a falta de estímulos positivos contribuiu para seu humor deprimido e para não conseguir resolver as dificuldades acadêmicas.

B. Visão Transversal das Cognições e dos Comportamentos Atuais: Uma situação problemática típica atual é que Sally tem dificuldade para estudar. Quando tenta estudar, ela tem os pensamentos automáticos: "Eu não consigo fazer isso; eu sou um fracasso; eu nunca vou me sair bem neste curso". Ela também tem uma imagem de si mesma curvada pelo peso de uma mochila, perambulando sem objetivo, parecendo sobrecarregada. Esses pensamentos e imagem conduzem-na a sentimentos de tristeza. Em outra situação, enquanto está estudando para uma prova, ela tem os pensamentos automáticos "Isso é muito difícil. E se o professor não quiser me ajudar? E se eu rodar?" e sente-se ansiosa; então, tem dificuldade para se concentrar. Ela também tem o pensamento automático: "Eu deveria estar produzindo mais". Então, sente-se culpada. Em todas essas situações, ela para de estudar, vai para a cama e, às vezes, chora.

C. Visão Longitudinal das Cognições e dos Comportamentos: Sally sempre teve uma leve tendência a se ver como incompetente. Embora seu desempenho escolar fosse acima da média, nunca estava entre os alunos mais brilhantes da turma. O sucesso acadêmico era muito importante para ela, o que a fez desenvolver certos pressupostos: "Se eu trabalhar com muita dedicação, vou me sair bem, mas se não for assim, vou rodar", "Se eu esconder as minhas fraquezas, vou ficar bem [no momento], mas se eu pedir ajuda, vou expor a minha incompetência". Suas estratégias comportamentais compensatórias incluíam trabalhar com dedicação excessiva para estar à altura do seu potencial e ter tendência a evitar pedir ajuda para não expor as suas fraquezas. Depois que ficou deprimida, frequentemente usou a esquiva (do trabalho acadêmico, de se defrontar com desafios, de oportunidades sociais). Na maior parte do tempo, suas crenças sobre as outras pessoas eram positivas e funcionais; ela tendia a ver os outros como bem-intencionados, embora às vezes se intimidasse diante de figuras de autoridade. Ela também acreditava que seu mundo era relativamente seguro, estável e previsível.

D. Pontos Fortes e Qualidades: Sally tinha determinação, objetividade e boa capacidade de adaptação. Era inteligente e, antes de se instalar a depressão, muito dedicada ao trabalho. Ela estava motivada para a terapia. Tinha a habilidade de formar relacionamentos bons e estáveis.

E. Hipótese de Trabalho (Resumo da Conceituação): Durante muito tempo em sua vida, Sally se percebeu como razoavelmente competente, com méritos e gostável. No entanto, era vulnerável a se perceber como incompetente, por pelo menos três razões: (1) sua mãe foi altamente crítica durante seu desenvolvimento, (2) seu pai deu mais apoio, mas ficava ausente de casa com frequência, e (3) tinha a tendência a se comparar desfavoravelmente com os outros. Por exemplo, ela costumava comparar-se desfavoravelmente com seu irmão, o qual (por ser 5 anos mais velho) sabia fazer quase tudo melhor do que ela. Em vez de reconhecer que provavelmente conseguiria os feitos dele quando chegasse à mesma idade, ela interpretava as grandes diferenças entre o que ela conseguia realizar em um determinado momento e o que ele conseguia na mesma época como sinais da sua incompetência. Ela também se comparava com os melhores alunos da classe e se achava deficiente.

Historicamente, Sally ficava vigilante em relação a sinais de sua incompetência e, por vezes, desconsiderava ou não reconhecia sinais de competência. Desenvolveu certas regras para se assegurar de que sua incompetência não ficaria exposta (p. ex., “Eu preciso trabalhar com muita dedicação”, “Eu preciso estar à altura do meu potencial”, “Eu preciso sempre dar o melhor de mim”). Em consequência, desenvolveu as seguintes estratégias compensatórias: tem altas expectativas de si, trabalha com muita dedicação, é vigilante quanto às falhas e evita pedir ajuda. Até entrar na universidade, sua vida foi guiada por pressupostos relacionados: “Se eu tiver ótimos resultados, significa que eu estou bem”, “Se eu esconder minhas fraquezas, os outros vão me ver como competente”.

Durante o ensino médio, Sally conseguia obter ótimos resultados (segundo sua avaliação), mas no seu primeiro ano na universidade, começou a ter dificuldades nos estudos. Tornou-se bastante ansiosa. Sua crença nuclear de incompetência foi ativada. Ela começou a ter pensamentos automáticos de medo de fracassar. Sua ansiedade interferia na qualidade do seu estudo e na solução de problemas. Também começou a se afastar das pessoas e a evitar os

trabalhos acadêmicos e outros desafios. Então, a inferência dos seus pressupostos subjacentes dominou seu pensamento: "Se eu não obtenho resultados excelentes, significa que sou incompetente", "Se eu pedir ajuda, vou ser vista como incompetente". Quando começou a ter um desempenho mais fraco, ela se convenceu da sua incompetência. Não conseguir ser produtiva e não conseguir obter apoio social dos outros provavelmente contribuiu para o início da depressão.

III. PLANO DE TRATAMENTO

A. Lista de Problemas

1. Estudar e fazer trabalhos acadêmicos.
2. Apresentar-se em aula e fazer provas.
3. Retraimento social.
4. Falta de assertividade com colega de quarto e professores.
5. Passar muito tempo na cama.

B. Objetivos do Tratamento

1. Diminuir autocrítica.
2. Ensinar ferramentas cognitivas básicas, Registro de Pensamentos, etc.
3. Reduzir tempo na cama.
4. Encontrar formas mais saudáveis de se divertir.
5. Resolver problemas em torno do estudo, trabalhos, provas.
6. Desenvolver habilidades de assertividade.

C. Plano de Tratamento: O plano de tratamento é reduzir a depressão e a ansiedade de Sally, ajudando-a a responder aos seus pensamentos automáticos (especialmente aqueles ligados a inadequação e incompetência), aumentar suas atividades por meio da programação de atividades, resolver dificuldades com o estudo e exercícios de casa e desenvolver assertividade por meio do *role-play* e da modificação de crenças interferentes.

IV. CURSO DO TRATAMENTO

A. Relação Terapêutica: Sally aderiu facilmente ao tratamento. Ela via sua terapeuta como competente e atenciosa.

B. Intervenções/Procedimentos

1. Ensinei à paciente ferramentas cognitivas padrão para examinar e responder aos seus pensamentos automáticos (o

que permitiu que ela percebesse sua lógica disfuncional e distorcida e, assim, reduzisse significativamente os sintomas depressivos e ansiosos).
2. Fiz Sally realizar experimentos comportamentais para testar seus pressupostos, o que resultou na redução da esquiva e no aumento da assertividade.
3. Ajudei Sally a programar e aumentar as atividades prazerosas.
4. Trabalhei a solução de problemas de forma simples e direta.
5. Realizei *role-plays* para ensinar assertividade.

C. Obstáculos: Nenhum.

D. Resultado: A depressão de Sally reduziu gradualmente durante um período de três meses após termos começado a terapia, até sua completa remissão.

Apêndice B

RECURSOS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

PROGRAMAS DE TREINAMENTO

O Instituto Beck de Terapia Cognitivo-Comportamental (www.beckinstitute.org), no subúrbio da Filadélfia, oferece uma variedade de programas de treinamento no local, em outras cidades, a distância e *on-line*.

MATERIAIS E REFERÊNCIAS PARA TERAPEUTA E PACIENTE

Informações sobre os itens a seguir podem ser encontradas no *site* www.beckinstitute.org:

Folhetos para o paciente
Pacote com planilhas de trabalho
Escala de Avaliação da Terapia Cognitiva e o manual que a acompanha
Livros, DVDs e fitas de Aaron T. Beck, MD, e Judith S. Beck, Ph.D.
Catálogo de material educacional
Encaminhamentos para profissionais de saúde mental certificados pela Academia de Terapia Cognitiva

MATERIAIS DE AVALIAÇÃO

As escalas e os manuais seguir podem ser solicitados por meio de Pearson (www.beckscales.com):

Inventário de Depressão de Beck – II
Inventário de Depressão de Beck– Diagnóstico Rápido para Pacientes Clínicos
Inventário de Ansiedade de Beck
Escala de Desesperança de Beck
Escala de Ideação Suicida de Beck
Inventário do Transtorno Obsessivo-Compulsivo de Clark-Beck
Inventários Beck para Jovens

ORGANIZAÇÕES PROFISSIONAIS DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL[2]

Academy of Cognitive Therapy (*www.academyofct.org*)
Association for Behavioral and Cognitive Therapies (*www.abct.org*)
British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies (*www.babcp.com*)
European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (*www.eabct.com*)
International Association for Cognitive Psychotherapy (*www.the-iacp.com*)

2 N. de R.T. No Brasil: Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas (www.sbtc.com.br)

Apêndice C

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVA

A escala de avaliação a seguir, usada nos principais estudos e pela Academia de Terapia Cognitiva como uma medida de competência, é utilizada sob permissão. A escala e o manual que a acompanha podem ser encontrados (em inglês) no *site* www.academyofct.org.

Terapeuta: _____ Paciente: _____ Data da Sessão: _____
Fita no: _____ Avaliador: _____ Data da Avaliação: _____
Sessão no: _____ ( ) Fita de vídeo ( ) Fita de áudio ( ) Observação ao vivo

Orientações: Para cada item, avalie o terapeuta em uma escala de 0 a 6 e registre a avaliação na linha ao lado do número do item. São apresentadas descrições para os pontos na escala de números pares. *Se você acha que o terapeuta está entre dois dos descritores, escolha o número ímpar intermediário (1, 3, 5).* Por exemplo, se o terapeuta estabeleceu uma pauta muito boa, mas não definiu as prioridades, atribua 5 em vez de 4 ou 6.

Se as descrições de um dado item não parecerem se aplicar à sessão que você está avaliando, você pode desconsiderá-las e usar a escala mais geral apresentada a seguir:

0
Po[illegible]do

Por favor, não deixe nenhum item em branco. Para todos os itens, mantenha o foco na habilidade do terapeuta, levando em consideração o quão difícil o paciente parece ser.

PARTE I. HABILIDADES TERAPÊUTICAS GERAIS

_____ 1. PAUTA

0 O terapeuta não definiu a pauta.
2 O terapeuta definiu uma pauta vaga ou incompleta.
4 O terapeuta trabalhou com o paciente para definir uma pauta mutuamente satisfatória que incluiu problemas-alvo específicos (p. ex., ansiedade no trabalho, insatisfação com o casamento).
6 O terapeuta trabalhou com o paciente para definir uma pauta apropriada com problemas-alvo e adequada ao tempo disponível. Estabeleceu prioridades e depois seguiu a pauta.

_____ 2. *FEEDBACK*

0 O terapeuta não solicitou *feedback* para determinar o entendimento que o paciente teve da sessão ou a reação a ela.
2 O terapeuta buscou o *feedback* do paciente, mas não fez perguntas suficientes para ter certeza de que o paciente entendeu a linha de raciocínio do terapeuta durante a sessão *ou* para investigar se o paciente ficou satisfeito com a sessão.
4 O terapeuta fez perguntas suficientes para se assegurar de que o paciente entendeu sua linha de raciocínio durante a sessão e para determinar as reações do paciente à sessão. O terapeuta ajustou seu comportamento em resposta ao *feedback*, quando apropriado.
6 O terapeuta foi especialmente competente na investigação e resposta ao *feedback* verbal e não verbal durante a sessão (p. ex., investigou reações à sessão, verificou regularmente a compreensão, ajudou a resumir os principais pontos no fim da sessão).

_____ 3. COMPREENSÃO

0 O terapeuta falhou repetidas vezes em entender o que o paciente disse explicitamente e, assim, não compreendeu aspectos importantes. Habilidades empáticas pobres.
2 O terapeuta conseguiu, de modo geral, refletir ou colocar em outras palavras o que o paciente disse explicitamente, mas falhou repetidas vezes em responder a comunicações mais sutis. Habilidade limitada para ouvir e empatizar.
4 O terapeuta pareceu compreender em geral a “realidade interna” do paciente, conforme refletido pelo que ele dizia explicitamente e comunicava de forma mais sutil.
6 O terapeuta pareceu compreender inteiramente a “realidade interna” do paciente e foi competente na comunicação dessa compreensão por meio de respostas adequadas verbais e não verbais ao paciente (p. ex., seu tom de voz transmitia uma compreensão empática da “mensagem do paciente”). Excelentes habilidades de escuta e empatia.

_____ 4. EFICÁCIA INTERPESSOAL

0 O terapeuta apresenta habilidades interpessoais pobres. Parecia hostil, depreciativo ou, de alguma forma, destrutivo com o paciente.

2 O terapeuta não parecia destrutivo, mas teve problemas interpessoais significativos. Por vezes, parecia desnecessariamente impaciente, indiferente, insincero *ou* teve dificuldade em transmitir confiança e competência.
4 O terapeuta apresentou um grau *satisfatório* de acolhimento, preocupação, confiança, autenticidade e profissionalismo. Sem problemas interpessoais significativos.
6 O terapeuta apresentou níveis *ótimos* de acolhimento, preocupação, confiança, autenticidade e profissionalismo, adequados a este paciente em particular nesta sessão.

_____ 5. COLABORAÇÃO

0 O terapeuta não tentou colaborar com o paciente.
2 O terapeuta tentou colaborar com o paciente, mas teve dificuldade em definir um problema que o paciente considerava importante *ou* em estabelecer *rapport*.
4 O terapeuta conseguiu colaborar com o paciente, focar em um problema que ambos consideraram importante e estabelecer *rapport*.
6 A colaboração pareceu excelente; o terapeuta incentivou o paciente o mais possível a assumir um papel ativo durante a sessão (p. ex., apresentando opções) para que pudessem funcionar como uma "equipe".

_____ 6. RITMO E UTILIZAÇÃO EFICIENTE DO TEMPO

0 O terapeuta não fez tentativa de estruturar o tempo da sessão. A sessão parecia sem objetivo.
2 A sessão teve algum direcionamento, mas o terapeuta teve problemas significativos na estruturação ou em controlar o ritmo (p. ex., pouca estrutura, inflexível quanto à estrutura, ritmo muito lento, ritmo muito rápido).
4 O terapeuta foi razoavelmente bem-sucedido no uso eficiente do tempo. Manteve controle apropriado do fluxo e do ritmo da discussão.
6 O terapeuta usou o tempo de forma eficiente, limitando com tato as discussões periféricas e improdutivas, controlando o ritmo da sessão com a rapidez adequada ao paciente.

PARTE II. CONCEITUAÇÃO, ESTRATÉGIA E TÉCNICA

_____ 7. DESCOBERTA GUIADA

0 O terapeuta se baseou principalmente no debate, na persuasão ou no "discurso". Pareceu fazer um "interrogatório" do paciente, colocando-o na defensiva ou forçando seu ponto de vista sobre o paciente.
2 O terapeuta se baseou demais na persuasão e no debate, em vez de na descoberta guiada. Entretanto, seu estilo foi suficientemente apoiador para que o paciente não parecesse se sentir atacado ou ficar na defensiva.

4 O terapeuta, na maior parte do tempo, ajudou o paciente a vislumbrar novas perspectivas por meio da descoberta guiada (p. ex., examinando evidências, considerando alternativas, pesando as vantagens e desvantagens) em vez de por meio da contestação. Usou o questionamento de forma adequada.

6 O terapeuta foi especialmente competente no uso da descoberta guiada durante a sessão para explorar problemas e ajudar o paciente a tirar suas próprias conclusões. Obteve um excelente equilíbrio entre o questionamento habilidoso e outros modos de intervenção.

_____ 8. FOCO NAS COGNIÇÕES OU NOS COMPORTAMENTOS FUNDAMENTAIS

0 O terapeuta não tentou investigar pensamentos específicos, pressupostos, imagens, significados ou comportamentos.

2 O terapeuta utilizou técnicas apropriadas para verificar cognições ou comportamentos; no entanto, teve dificuldades em encontrar um foco *ou* focou em cognições/comportamentos irrelevantes para os problemas principais do paciente.

4 O terapeuta focou em cognições ou comportamentos específicos relevantes para o problema principal. No entanto, poderia ter focado em cognições ou comportamentos mais nucleares que oferecessem maior perspectiva de progresso.

6 O terapeuta focou com habilidade nos principais pensamentos, pressupostos, comportamentos, etc., mais relevantes para a área problema e que apresentavam considerável possibilidade de progresso.

_____ 9. ESTRATÉGIA PARA MUDANÇA

(*Observação*: Para este item, focar na qualidade da estratégia do terapeuta para a mudança, e não na eficiência com que a estratégia foi aplicada ou se a mudança realmente aconteceu.)

0 O terapeuta não aplicou técnicas cognitivo-comportamentais.

2 O terapeuta escolheu técnicas cognitivo-comportamentais; no entanto, ou a estratégia geral para realizar a mudança pareceu vaga, *ou* não pareceu promissora para ajudar o paciente.

4 O terapeuta pareceu ter, em geral, uma estratégia para mudança coerente, a qual apresentava uma probabilidade razoável de mudança, e incorporou técnicas cognitivo-comportamentais.

6 O terapeuta seguiu uma estratégia de mudança consistente que parecia muito promissora e incorporou as técnicas cognitivo-comportamentais mais apropriadas.

____ 10. APLICAÇÃO DE TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

(*Observação*: Para este item, focar na habilidade com que as técnicas foram aplicadas, e não o quanto foram adequadas ao problema principal ou se a mudança realmente aconteceu.)

0 O terapeuta não aplicou técnicas cognitivo-comportamentais

2 O terapeuta usou técnicas cognitivo-comportamentais, mas houve *falhas significativas* na forma como foram aplicadas.

4 O terapeuta aplicou técnicas cognitivo-comportamentais *com*

habilidade moderada.

6 O terapeuta empregou técnicas cognitivo-comportamentais com *muita habilidade* e capacidade.

____ 11. EXERCÍCIOS DE CASA

0 O terapeuta não tentou incorporar exercícios pertinentes à terapia cognitiva.

2 O terapeuta encontrou dificuldades significativas para incorporar os exercícios (p. ex., não examinou os exercícios anteriores, não explicou os exercícios com detalhes suficientes, prescreveu exercícios inapropriados).

4 O terapeuta examinou os exercícios anteriores e prescreveu exercícios "padrões" da terapia cognitiva pertinentes às questões tratadas na sessão. Os exercícios foram explicados com detalhes suficientes.

6 O terapeuta examinou os exercícios anteriores e prescreveu cuidadosamente exercícios extraídos da terapia cognitiva para a semana seguinte. A prescrição parecia "adaptada ao paciente", para ajudá-lo a incorporar novas perspectivas, testar hipóteses, experimentar novos comportamentos durante a sessão, etc.

PARTE III. CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS

12. _____ a. Surgiu algum problema especial durante a sessão (p. ex., não adesão aos exercícios, problemas interpessoais entre terapeuta e paciente, desânimo para continuar a terapia, recaída)?

SIM NÃO

_____ b. *Se* sim:

0 O terapeuta não soube lidar adequadamente com problemas especiais que surgiram.

2 O terapeuta lidou adequadamente com os problemas especiais, mas usou estratégias ou conceituações em desacordo com a terapia cognitiva.

4 O terapeuta tentou manejar os problemas especiais com uma estrutura cognitiva e foi *moderadamente habilidoso* na aplicação das técnicas.

6 O terapeuta foi muito habilidoso no manejo de problemas especiais, usando a estrutura da terapia cognitiva.

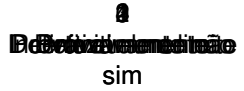
13. Houve fatores significativos incomuns nesta sessão que você achou que justificaram o afastamento do terapeuta da abordagem padrão medida por esta escala?

SIM (Por favor, explique abaixo) NÃO

PARTE IV. AVALIAÇÃO GERAL E COMENTÁRIOS

14. Como você avaliaria o profissional de modo geral nesta sessão como terapeuta cognitivo?

15. Se você estivesse conduzindo um estudo científico em terapia cognitiva, acha que escolheria este terapeuta para participar neste momento (presumindo que esta sessão é típica)?

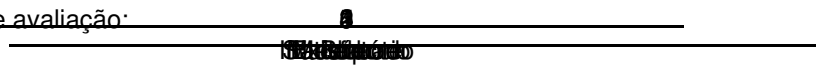


16. O quanto você achou este paciente difícil de trabalhar?

17. COMENTÁRIOS E SUGESTÕES PARA MELHORIA DO TERAPEUTA:

18. AVALIAÇÃO GLOBAL:

Escala de avaliação:



Usando a escala acima, faça uma avaliação global das habilidades do terapeuta, conforme demonstrado nesta gravação. Por favor, circule o número apropriado.

Reimpressa com permissão em *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática, segunda edição*, Judith S. Beck (Guilford Press, 2011). A reprodução deste material é permitida aos compradores deste livro unicamente para uso pessoal. Os leitores poderão fazer o *download* de uma versão ampliada deste material (em inglês) no *site* www.guilford.com/p/beck4.

Referências

Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC : Author.

Antony, M. M., & Barlow, D. H. (Eds.). (2010). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (1992). Cognitive therapy and psychotherapy integration. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 657– 694). Washington, DC : American Psychological Association.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry, 10*, 561–571.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T. (1987). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman & J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 91–109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Beck, A. T. (1999). Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psychoevolutionary approach. In C. R. Cloninger (Ed.), *Personality and psychopathology* (pp. 411–429). Washington, DC : American Psychiatric Press.

Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40 -year retrospective. *Archives of General Psychiatry, 62*, 953 –959.
Beck, A. T., & Beck, J. S. (1991). *The personality belief questionnaire*. Bala Cynw yd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy.
Beck, A. T., & Emery, G. (with Greenberg, R. L.). (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., & Associates. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
Beck, J. S. (2001). A cognitive therapy approach to medication compliance. In J. Kay (Ed.), *Integrated treatment of psychiatric disorders* (pp. 113 –141). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. New York: Guilford Press.
Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy worksheet packet* (3rd ed.). Bala Cynw yd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy.
Bennett-Lev y, J., Butler, G., Fennell, M., Hackman, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (Eds.). (2004). *Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy*. Oxford, UK: Oxford University.
Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York: Avon.
Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: Signet.
Butler, A. C., Chapman, J. E. Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17–31.
Chambless, D., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions. *Annual Review of Psychology, 52*, 685 –716.
Chiesa A., & Serretti, A. (2010a). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*.
Chiesa A., & Serretti, A. (2010b). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness mediation. *Psychological Medicine, 40*, 1239–1252.
Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press.
Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Hoboken, NJ: Wiley.
Clark, D. M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. K irk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52–96). New York: Oxford University Press.
D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2006). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3rd ed.). New York: Springer.
Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (2008). *The relaxation and stress reduction workbook* (6th ed.). Oakland, CA: New Harbinger.
DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 469–482.
Dobson, D., & Dobson, K. S. (2009). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. New York: Guilford Press.

Dobson, K. S., & Dozois D. J. A. (2009). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed., pp. 3 –37). New York: Guilford Press.

Edwards, D. J. A. (1989). Cognitive restructuring through guided imagery: Lessons from Gestalt therapy. In A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 283 –297). New York: Plenum Press.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Evans, J. M. G., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Piasecki, J. M., Grove, W. M., Garvey, M. J., et al. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacology for depression. *Archives of General Psychiatry, 49*, 802–808.

Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 578 –582.

Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.

Frisch, M. B. (2005). *Quality of life therapy*. New York: Wiley.

Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 107–146). New York: Guilford Press.

Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S., et al. (2004). Modulation of cortical–limbic pathways in major depression. *Archives of General Psychiatry, 61*, 34 –41.

Goldstein, A., & Stainback, B. (1987). *Overcoming agoraphobia: Conquering fear of the outside world*. New York: Viking Penguin.

Greenberg L. S. (2002). *Emotion focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC : American Psychological Association.

Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.

Holland, S. (2003). Avoidance of emotion as an obstacle to progress. In R. L. Leahy (Ed.), *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change* (pp. 116 –131). New York: Guilford Press.

Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1993). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (4th ed., pp. 428 –466). New York: Wiley.

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., & Seligman, M. E. P. (1992). Cognitive therapy and the prevention of depression. *Applied and Preventive Psychiatry, 1*, 89–95.

Jacobson, E. (1974). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press, Midway Reprint.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delta.

Kazantzis, N., Deane, F. P., Ronan, K. R., & Lampropoulos, G. K. (2005). Empirical foundations. In N. Kazantzis, F. P. Deane, K. R. Ronan, & L. L'Abate (Eds.), *Using homework assignments in cognitive behavior therapy* (pp. 35 – 60). New York: Routledge.

Kazantzis, N., Whittington, C., & Dattilio, F. (2010). Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: A replication and extension. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*, 144 –156.

K hanna, M. S., & Kendall, P. C. (2010). Computer-assisted cognitive-behavioral

therapy for child anxiety: Result of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 737–745.
Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive behavioral therapy*. New York: Guilford Press.
Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A., & Morse, S. B. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
Lazarus, A. A., & Lazarus, C. N. (1991). *Multimodal life history inventory*. Champaign, IL: Research Press.
Leahy, R. L. (2003). Emotional schemas and resistance. In R. L. Leahy (Ed.), *Road-blocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change* (pp.91–115). New York: Guilford Press.
Leahy, R. L. (2010). *Beat the blues before they beat you: How to overcome depression*. Carls-bad, CA: Hay House.
Ledley, D. R., Marx, B. P., & Heimberg R. G. (2005). *Making cognitive-behavioral therapy work: Clinical process for new practitioners*. New York: Guilford Press. Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., & Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training, 17*(3), 322–334.
Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
Ludgate, J. W. (2009). *Cognitive-behavioral therapy and relapse prevention for depression and anxiety*. Sarasota, FL: Professional Resource.
MacPhillamy, D. J., & Lewinsohn, P. M. (1982). The pleasant events schedule: Studies on reliability, validity, and scale intercorrelation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 363 –380.
Martell, C., Addis, M., & Jacobson, N. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
McCown, D., Reibel, D., & Micozzi, M. S. (2010). *Teaching mindfulness: A practical guide for clinicians and educators*. New York: Springer.
McCullough, J. P., Jr. (1999). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (2009). *Messages: The communication skills book* (2nd ed.). Oakland, CA: New Harbinger.
McKay, M., & Fanning, P. (1991). *Prisoners of belief*. Oakland, CA: New Harbinger. McMullin, R. E. (1986). *Handbook of cognitive therapy techniques*. New York: Norton. Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
Needleman, L. D. (1999). *Cognitive case conceptualization: A guidebook for practitioners*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
Niemeyer, R. A., & Feixas, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy, 21*(3), 281–292.
Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. New York: Guilford Press.
Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research, 12*, 557–575.
Raue, P. J., & Goldfried, M. R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working*

alliance: Theory, research, and practice (pp. 131–152). New York: Wiley.
Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage.
Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D. J., & Young, J. E. (2007). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems*. Washington, DC : American Psychological Association.
Rosen, H. (1988). The constructivist–development paradigm. In R. A. Dorfman (Ed.), *Paradigms of clinical social work* (pp. 317–355). New York: Brunner/ Mazel.
Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpa tients. *Cognitive Therapy and Research, 1*(1), 17–37.
Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research, 10*, 509–526.
Salkovskis, P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety obsessions. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy: The state of the art and beyond* (pp. 48 –74). New York: Guilford Press.
Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 126*, 512–529.
Simons, A. D., Padesky, C. A., Montemarano, J., Lewis, C. C., Murakami, J., Lamb, K., et al. (2010). Training and dissemination of cognitive behavior therapy for depression in adults: A preliminary examination of therapist competence and client outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 751–756.
Smucker, M. R., & Dancu, C. V. (1999). *Cognitive behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing*. Northvale, NJ: Aronson.
Stirman, S. W., Buchhofer, R., McLaulin, B., Evans, A. C., & Beck, A. T. (2009). Public–academic partnerships: The Beck initiative: A partnership to implement cognitive therapy in a community behavioral health system. *Psychiatric Services, 60*, 1302–1304.
Tarrier, N. (Ed.). (2006). *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases*. New York: Routledge.
Tompkins, M. A. (2004). *Using homework in psychotherapy: Strategies, guidelines, and forms*. New York: Guilford Press.
Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Canada.
Wenzel, A. Brown, G. K., & Beck, A. T. (2008). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. Washington, DC : American Psychological Association.
Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: Guilford Press.
Wright, J. H., Basco, M. R., Thase, M. E. (2006). *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrative guide*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
Wright, J. H., Wright, A. S., Salmon, P., Beck, A. T., Kuykendall, J., & Goldsmith,

J. (2002). Development and initial testing on a multimedia program for computer-assisted cognitive therapy. *American Journal of Psychotherapy, 56*, 76 –86.

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*(3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource.

Young, J. E., & K losko, J. (1994). *Reinventing your life: How to break free of negative life patterns*. New York: Dutton Press.

Young, J. E., K losko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.